第１３号様式（第１４条）

介護保険負担限度額認定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（申請先）　木更津市長　様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請理由 | □世帯全員が市民税非課税　□境界層該当者　□生活保護受給者　□課税層特例措置 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 被保険者番号 | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 被保険者氏名 |  | |
| 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 性　　別 | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した  介護保険施設の  所在地及び名称(※) | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）年月日（※） | 年　　　月　　　日 | （※）介護保険施設に入所（院）していない場合及び  ショートステイを利用している場合は、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 配偶者の有無 | | 有　　　・　　　無 | 左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。 | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | |
| 本年１月１日現在の住所(現住所と異なる場合) | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　　課税　　　・　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に関する申告 |  | ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | |
|  | ③市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と合計所得金額と**【**遺族年金※・障害年金**】**の収入額の合計額が年額80万円以下です。**（受給している年金に○して下さい。以下同じ。）**  ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。 | | | | | 受給している全ての年金の保険者に  ○して下さい  日本年金機構  地方公務員共済  国家公務員共済  私学共済 |  |
|  | ④市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と合計所得金額と**【**遺族年金・障害年金**】**の収入額の  合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。 | | | | |  |
|  | ⑤市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と合計所得金額と**【**遺族年金・障害年金**】**の収入額の  合計額が年額120万円を超えます。 | | | | |  |
| 預貯金等に関する申告 |  | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。  ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。 | | | | | | |
| 預貯金額 | | 円 | 有価証券  （評価概算額） | 円 | その他（現金・負債を含む） | （　　　　　）※  　　　　　　　円  ※内容を記入してください。 | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 申請者住所　〒 | 本人との関係 |

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

注意事項

(1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。

(2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。

(3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。

(4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第１項の規定に基づき、支給された額及び最大２倍の加算金を返還していただくことがあります。

**同　意　書**

　　　木更津市長　様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、

信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係

の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高につ

いて、報告を求めることに同意します。

また、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者

が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

　　　　　　年　　月　　日

<本　人>

　　　　　　　　　　　住　所

氏　名

<配偶者>

　　　　　　　　　　　住　所

氏　名