様式第15号（第19条関係）

**介護保険負担限度額認定申請書**

　（あて先）登米市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 大・昭　　　年　　　月　　　日 |  | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の  所在地及び名称  （※） | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）年月日  （※） | 昭・平・令 　　 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、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  | 個人番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | | | | 大・昭　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 本年１月１日現在の住所 |  | | | | 本年１月１日（申請が１月から７月までの場合は前年１月１日）時点の住所が現住所と異なる場合に、記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　課税　　　・　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入及び　預貯金等に  関する申告 | □ | 生活保護受給者又は市町村民税非課税者のみの世帯で老齢福祉年金受給者です。 | | | | | |
| □ | 市町村民税非課税者のみの世帯（かつ配偶者がある場合、配偶者が市町村民税非課税者）であって、合計所得金額、課税年金収入額及び【　遺族年金※1・障害年金　】収入額の合計額が年額80万9千円以下です。  （受給している年金に○をして下さい）  ※1　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。 | | | | | |
| 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下です。  ※2　65歳未満の場合、1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。以下同じ。 | | | | | |
| □ | 市町村民税非課税者のみの世帯（かつ配偶者がある場合、配偶者が市町村民税非課税者）であって、合計所得金額、課税年金収入額及び【　遺族年金※1・障害年金　】収入額の合計が年額80万9千円を超え120万円以下です。　　　　　　　　 （受給している年金に○をして下さい） | | | | | |
| 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下です。※2 | | | | | |
| □ | 市町村民税非課税者のみの世帯（かつ配偶者がある場合、配偶者が市町村民税非課税者）であって、合計所得金額、課税年金収入額及び【　遺族年金※1・障害年金　】収入額の合計額が年額120万円を超えます。  　　　　　　　　　　 　（受給している年金に○をつけて下さい） | | | | | |
| 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円（夫婦は1,500万円）以下です。※2 | | | | | |
| 預貯金等の金額 | 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） | （内容　　　　）  円 |

申請者が被保険者以外の方の場合、下記について記入してください。

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

注意事項

（１）　この申請書における「配偶者」については、別世帯の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、その全てを記入し、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。

|  |  |
| --- | --- |
| 市記入欄 | 備考 |
| 年　　金  合計所得  非課税 |

市町村民税課税層における食費・居住費の特例減額措置申請添付書類

＊特例減額措置は短期入所（ショートステイ）には適用されません。

* 市町村民税課税者がいる世帯の構成員（世帯外の配偶者を含む。）が２名以上（単身含まず。）であることの証明（市役所で確認しますので不要です。）

* 世帯員及び配偶者（世帯外の配偶者を含む。）の公的年金等の収入金額と合計所得金額（公的年金は除く。）の合算額から施設の利用者負担（１割負担分・食事・居住費）を除いた額が80万円以下であることを証明する書類

例） 直近の施設利用の領収書（請求書）＋世帯員全員及び配偶者の収入を証明する書類（源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書の写し等）

* 介護保険料の滞納がないことの証明**（市役所で確認しますので不要です。）**

市役所で本申請書を受理した方は、本年度分の介護保険料収納画面のハードコピーを添付してください。

* 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないことを証する書類（申立書）

　私及び世帯員（世帯外の配偶者を含む。）は、現在居住している家屋と日常生活に供する以外に活用できる資産がないことを申立てます。

　申立日　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　申立者

* 世帯の預貯金等の額が450万円以下を証する書類

例） 申請者の属する全世帯員（世帯外の配偶者を含む。）の預貯金通帳の写し

　写しを添付できない場合は、市役所職員が通帳の記載事項を確認させていただき、下記に証明します。

　確認日　　　　　　年　　月　　日

　　　　　総合支所・長寿介護課職員名