様式第３０号（第２１条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

　　年　　月　　日

袖ケ浦市長　　　　　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称 | 〒　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 〒　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 本年１月１日  現在の住所  （現住所と異なる場合） | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額８０万円以下です。（受給している年金に○をしてください。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。 | | | | | |
| □ | ④市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額１２０万円を超えます。 | | | | | |
| □ | その他（境界層該当・特例減額措置） | | | | | |
| 預貯金等に  関する申告  ※通帳等の写しは別添 | □ | 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 | 電話番号 |
| 申請者住所 | 本人との関係 |

同意書

袖ケ浦市長　様

　介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、銀行、官公署、年金保険者、信託会社その他の機関（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、袖ケ浦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　　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名