|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **介護保険負担限度額認定申請書**  | 申請日　令和　　年　　月　　日 |  |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |  |
| 被保険者氏名 |  |  |
| 個人番号 |  |  |
| 生年月日 | 明･大･昭　 　年　　月　　日 | 性別 | 男　・　女 |  |
| 住　　所 | 〒０３９－３１　野辺地町字　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |  |
| 介護保険施設の所在地及び名称 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |  |
| 種別 | 施　設　入　所　・　短　期　入　所（ショートステイ） |  |
| 入所（院）年月日 | 　　年　　月　　日 |  |  |
| 収入に係る申告 | □ 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 |  |
| □ 非課税世帯であり課税年金収入額と合計所得金額と**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**【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額８０.９万円以下です。（受給している年金に○してください）※　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。 |  |
| □ 非課税世帯であり課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額８０.９万円を超えます。（受給している年金に○してください） |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 配偶者の有無 | 有　・　無 | 個人番号 |  |  |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ氏名 |  |
|  |
| 生年月日 | 明･大･昭　 　年　　月　　日 | 性　　　別 | 　　男　・　女 |
| 住　　所 | 〒０３９－３１　野辺地町字　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 課税状況 | 市町村民税　　　課税　・　非課税 |
|  |
| 野辺地町長　 殿　　上記及び裏面のとおり令和　　年度分の食費及び居住費に係る負担限度額認定の申請をします。　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　申請(代行)者　　　　氏　名　　　　　　　　　 　 　 　続柄 |  |
|  |
| 結 果 送 付 先 | 本人自宅　・　入所施設　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 町記入欄 |
| 配偶者課税 | 　課税　・　非課税　・　なし | 預貯金額合計 | 円 |
| 交付年月日　　　　　　年　　月　　日 | 施設・ショートステイ |  |  |
| 適用年月日　　　　　　年　　月　　日 |  |
| 有効期限　　　　　　　年　　月　　日 | 月分 |  |

■預貯金　　有　・　無

|  |  |
| --- | --- |
| 被　保　険　者 | 配　偶　者 |
| 銀行名 | 支店名 | 預貯金額 | 銀行名 | 支店名 | 預貯金額 |
| 青森みちのく銀行 |  | 円 | 青森みちのく銀行 |  | 円 |
| 青い森信用金庫 |  | 円 | 青い森信用金庫 |  | 円 |
| ゆうき青森農協 |  | 円 | ゆうき青森農協 |  | 円 |
| ゆうちょ銀行 |  | 円 | ゆうちょ銀行 |  | 円 |
|  |  | 円 |  |  | 円 |
|  |  | 円 |  |  | 円 |
|  |  | 円 |  |  | 円 |
|  |  | 円 |  |  | 円 |
|  |  | 円 |  |  | 円 |
|  |  | 円 |  |  | 円 |

※　保有しているすべての口座についてご記入ください。

上記の銀行以外は空欄にご記入ください。

記入した口座について、最終残高がわかる部分について通帳の写しを添付してください。

■その他　　有　・　無

|  |  |
| --- | --- |
| 被　保　険　者 | 配　偶　者 |
| 種　類 | 額 | 種　類 | 額 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |

※　その他の欄にはタンス預金（現金）、有価証券、投資信託、時価評価額が容易に把握できる貴金属（金・銀など）、負債等をご記入ください。タンス預金（現金）以外は、価格評価が確認できる書類を添付してください。

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所有している場合は、そのすべてを記入してください。

（３）**申告いただいた預貯金等の情報については、負担限度額認定にのみ使用します。他の目的では使用いたしませんので、正しく預貯金等を申告していただきますようお願いいたします。**

（４）虚偽の申告により不正に特定入所者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

野辺地町長　殿

　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、貴町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

　　　　令和　　年　　月　　日

＜本人＞

　　　住所

　　　氏名

　＜配偶者＞

　　　住所

　　　氏名