様式第10号(第7条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

　四万十市長

　　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 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)した介護保険  施設の名称 | | |  | | | | | | | | | 入所(院)年月日 | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | |  | | | |
| 氏　　　　　名 | |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 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 | | | □ | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と非課税年金収入額の  合計額が年額80万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と非課税年金収入額の  合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と非課税年金収入額の  合計額が年額120万円を超えます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 非課税年金受給 | | | | | 有　　・　　無 | | | | 「有」の場合は、以下の「年金の種類」・「年金保険者」について、当てはまるもの全てに○してください。 | | | | | | | | | |
| 年金の種類 | | | 遺族年金・障害年金・その他 | | | | | | 年金保険者 | | | | 日本年金機構 　・ 地方公務員共済  国家公務員共済 ・ 私学共済 | | | | | |
| 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介護保険法施行規則で定める額以下です。  ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 限度額認定証送付先 | | | □　住所地　　　　□　上記入所施設(事前に施設担当者へご連絡ください。)  　□　その他　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名 | |  | | | | | | | | | 連絡先  （昼間連絡のつく電話番号） | | | | | | |  | | | |
| 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、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。  市記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請結果区分 | | | | | | | | 交付年月日 | | 適用年月日 | | | | | 有効期限 | | | | 確認 | | 受付 | |
| 承認  利用者負担段階　１・２・３-①・３-② | | | | | 非承認 | | | 年 　月　 日 | | 年　 月 　日 | | | | | 年 　月 　日 | | | |  | |  | |

様式第10の2号（第7条関係）

|  |
| --- |
| 同　意　書  四万十市長　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 |