様式第14号(第16条関係)

。す不要ふよう空欄でも受付できます記入例（新規用）

**介護保険負担限度額認定申請書**

年　　　月　　　日

（申請先）

介護保険被保険者証

上部記載の番号を記入。

　　石垣市長　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。

個人番号が不明な場合は、空欄で構いません。

記入していただいた場合は、確認書類が必要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | カイゴ　　タロウ | 被保険者番号 | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 被保険者氏名 | 介護　　太郎 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明　・　大　・　昭　　　１３年　　５月１０日 | 性別 | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒●●●－●●●●  石垣市字石垣●●番地　　　　　　　　　連絡先　●●－●●●● | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 〒  老人福祉施設●●●園　　　　　　　　　連絡先 | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日(※) | 昭 ・ 平 ・ 令　　　　　３年　　８月　１日  あてはまる方に○  配偶者「無」の場合は、  「配偶者に関する事項」欄は記入不要です。 | (※)介護保健施設に入所(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。 | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | カイゴ　　ハナコ | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 介護　　花子 | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明　・　大　・　昭　　　１５年　　４月１５日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒●●●－●●●●  石垣市字石垣●●番地　　　　　　　連絡先　●●－●●●● | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |

・本人（配偶者がいる方の場合は夫婦両方）

の通帳残高の合計金額を記入してください。

・申請日より２ヶ月以内に記帳された通帳の残高を記入して下さい。

・通帳が複数ある場合（定期預金も含む）には全ての合計金額です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  非課税年金を受給している場合に、該当するものに○をつけてください。 | | | | | |
| □ | 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】 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〇してください  ※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。 | | | | | |
| □ | 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】 収入額の合計額が  年額80万円を超えます。　　　　　　　　受給している年金に〇してください | | | | | |
| 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1000万円（夫婦は2000万円）以下です。  受給している全ての年金の保険者に〇して下さい。  日本年金機構  地方公務員共済　国家公務員共済　私学共済  ※預貯金、有価証券に係る通帳の写しは別添のとおり | | | | | |
| 預貯金額 | | １２３,４５６円 | 有価証券  (評価概算額) | ０円 | その他  (現金・負債を含む) | （　　現金　　　）※  １００，０００　円  ※内容を記入してください |

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　　　　福祉　　優子 | 連絡先（自宅・勤務先）  ●●●－●●●●－●●●● |
| 申請者住所　　　　石垣市美崎町●●番地 | 本人との関係　　長女 |

注意事項

連絡先は昼間連絡のつく電話番号を記入してください。

裏面の「同意書」も

忘れずにご記入ください。

(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ものを含みます。

(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。

（裏面）

|  |
| --- |
| **同　意　書**  石垣市長　中山　義隆　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。  令和　　　　年　　　　月　　　　日  被保険者本人の住所、氏名を記入してください。  **＜本　人＞**    住所    氏名    配偶者がいる場合（夫・妻。別世帯の者や内縁関係も含む）は、配偶者の住所、氏名を記入してください。  **＜配偶者＞**  住所    氏名 |

【石垣市記入欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| マイナンバー記入 | □あり　　　　　　□なし  チェックリスト  □　記入漏れはありませんか？  □　預貯金等は記入されていますか？  □　必要書類の添付漏れはありませんか？ | |
| 本人の番号確認 | □個人番号カード　□通知カード　□個人番号が記載された住民票の写し等 | |
| 配偶者の番号確認 | □個人番号カード　□通知カード　□個人番号が記載された住民票の写し等 | |
| 申請者の身元確認 | 1点確認  (顔写真あり) | □個人番号カード　　□運転免許証等　　□介護支援専門員証等  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※官公署等から発行された書類で、顔写真あり。 |
| 2点確認 | □公的医療保険の被保険者証　　□年金手帳等  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※官公署から発行された書類で、氏名及び生年月日または住所の記載あり。 |
| 代理権の確認 | 法定代理人 | □戸籍謄本　　□その資格を証明する書類 |
| 任意代理人 | □委任状　　　□被保険者証等  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※官公署等から本人に対して１通のみ発行された証明書等。 |