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。 |