様式第31号（第21条関係）

（表）

介護保険負担限度額認定申請書（新規・更新）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | 保険者番号 | | |  | | | | | | |  |  |  |  |  |  | |
| 被保険者氏名 | |  |
| 被保険者番号 | | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日生 | 個人番号 |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の所在地及び名称 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請時施設区分 | | １　介護老人福祉施設（地域密着型含む）２　介護老人保健施設  　３　介護療養型医療施設　　　　　　　　４　介護医療院  ５　短期入所（ｼｮｰﾄｽﾃｲ）利用 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日 | | 年　　 月 　　日 | ※介護保険施設に入所している場合(予定も含む)記入してください｡ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者の有・無 | | 有　・　無 | ※この申請書における配偶者には、世帯分離をしている(住民登録上別世帯の)配偶者又は内縁関係の者を含みます。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  |
| 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、記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入等・預貯金等に関する申告 | | 裏面申告書のとおり（必ず裏面の申告書を記入してください） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 坂東市長 様  上記のとおり、関係書類（申請書別紙同意書、通帳の写し等）を添えて、食費及び居住費（滞在費）に係る負担限度額認定の申請をします。  　　　　年　　月　　日  　 　　　　　住所  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号  　 　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備考 |
| 年 　月 　日 | 生活保護・老福受給　　有　・　無  市町村民税　本人　課税　・　非課税  　　　　　　世帯　課税　・　非課税（世帯分離配偶者等　課税　・　非課税）  資産状況　本人　　　　　　　　　　円  合計　　　　　　　　　　円  介護保険料滞納　　有　・　無  審査　該当（　　　　段階）　・　非該当 |
| 適用期間 |
| 年 　 月 　日  　　　から  年 　 月 　日  　　　まで |

市記入欄（所得分布の状況等を記入）

（裏）

収入等申告書

１　市町村民税課税状況

|  |  |
| --- | --- |
| 本人世帯 | 課税　　・　　非課税　　・　　生活保護受給 |
| 配偶者 | 課税　　・　　非課税　　・　　生活保護受給 |

２　本人が受給する**非課税年金**の種別

（１）遺族年金・障害年金（非課税年金）の別

|  |
| --- |
| 遺族年金　　・　　障害年金　　・　　非課税年金は受給していない |

　（２）年金保険者（非課税年金）の別

|  |
| --- |
| 日本年金機構　　・　　地方公務員共済　　・　　国家公務員共済　　・　　私学共済  非課税年金は受給していない |

３　本人の預貯金等状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 預貯金額 | 円 | 有価証券（評価概算額） | 円 | その他（現金・負債等） | 円 |

４　配偶者の預貯金等状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 預貯金額 | 円 | 有価証券（評価概算額） | 円 | その他（現金・負債等） | 円 |

注１　配偶者が、坂東市以外の市町村に居住している場合は、税証明書を添付してください。

注２　遺族年金については、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。

注３　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。

注４　預貯金額等については、金融機関等に照会することがあります。

**注５　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。**

　○確認のため必要な書類

　　預貯金等を確認できる次の書類を添付してください。

　　・預貯金（普通・定期）・・・通帳の写し（①金融機関名・支店名・名義人が分かるページ、②最終残高（２か月前まで）の分かるページ）

　　・有価証券（株式・国債など）・・・　証券会社や銀行等の口座残高の写し

　　・負債（借入金・住宅ローン）・・・　借用書など

同意書

　坂東市長　様

　介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、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