様式第9号(第15条関係)

記　入　例

介護保険負担限度額認定申請書

（あて先）松江市長

下記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をするとともに、私及び世帯員の市町村民税課税状況について税担当課の資料により調査されることに同意します。

個人番号（マイナンバー）は分からなければ記入不要です。

被保険者（対象者）の氏名を記入してください。

　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 個人番号 |  |
| フリガナ  被保険者氏名 | マツエ　タロウ | 保険者番号 |  |
| 松江　太郎 |
| 被保険者番号 | １２３４５６７８９０ |
| 生年月日 | 明　・　大　・　昭　　　　５年　　　１月　　　１日  「介護保険被保険者証」に記載されている、  １０ケタの番号をご記入ください。 | | |
| 住　　　所 | 〒６９０－８５４０  松江市末次町８６  電話番号　（０８５２）５５－５９３３ | | |
| 介護保険施設  の所在地及び  名称　　　(※) | 〒６９０－○○○○  松江市○○町○○  特別養護老人ホーム○○　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　○○－○○○○ | | |
| 入所（院）  年月日　(※) | ○○○○ 年 ○ 月 ○ 日 | | |

※　介護保険施設に入所（院）しない場合には、記入は不要です。

　市（町村）記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 備考 | | |
| 年　　　月　　　日 | 所得区分等の状況 | 記入不要です。 | |
| 適用年月日 | 決定情報 | （　　承認する　　・　　しない　　） | |
| 年　　　月　　　日  から | 負担限度額 | (食費：施設)  (ユニット型個室)  (従来型個室：特養等)  （多床室：特養等） | (食費：短期入所)  (ユニット型個室的多床室)  (従来型個室：老健・療養等)  （多床室：老健：療養等） |
| 有効期限 | その他状況 | | |
| 年　　　月　　　日  まで |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  氏　　名 | マツエ　ハナコ  同一世帯の配偶者のほか、  ・世帯分離している配偶者  ・内縁関係の者  も、「有」になります。 | | | |
| 松江　花子 | | | |
| 生年月日 | 昭和１０年２月２日 | | 個人番号 |  |
| 住　　所 | 〒６９０－８５４０　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　（０８５２）５５－５９３４  松江市末次町８６  配偶者の課税状況について、どちらかに○をつけてください。 | | | |
| 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 | | | |

該当するものにチェックをつけてください。

分からなければチェック不要です。

私の収入、預貯金等に関する状況は、次のとおりです。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入、預貯金等に関する申告 | □ | 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であり、かつ、預貯金等の額1,000万円(夫婦は2,000万円)以下 | | | | | | | | |
| 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非課税年金等収入額の合計額が | | | □ | | 年額80万9千円以下、かつ、預貯金等の額650万円(夫婦は1,650万円)以下  (申請者が40歳以上64歳以下の場合、預貯金等の額1,000万円(夫婦は2,000万円)以下) | | | | |
| □ | | 年額80万9千円を超え、120万円以下、かつ、預貯金等の額550万円（夫婦は1,550万円）以下  (申請者が40歳以上64歳以下の場合、預貯金等の額1,000万円(夫婦は2,000万円)以下)  該当するものに〇をつけてください。 | | | | |
| □ | | 年額120万円を超え、かつ、預貯金等の額500万円（夫婦は1,500万円）以下  (申請者が40歳以上64歳以下の場合、預貯金等の額1,000万円(夫婦は2,000万円)以下)  該当するものに〇をつけてください。 | | | | |
| 年金に関する申告 | | 受給している全ての年金の保険者に○してください  （　日本年金機構　・　地方公務員共済　・　国家公務員共済　・　私学共済　） | | | | | | | |
| 受給している非課税年金等に○してください  （　遺族年金（寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む）　・　障害年金　） | | | | | | | |
| 預貯金等の内訳 | | 預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。  ※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

株などの合計金額を記入してください。※夫婦合わせたものを記入。

**ない場合は０と記入。**

各通帳の残高（定期の欄含む）の合計金額を記入してください。

※夫婦合わせたものを記入。

たんす預金などの合計金額を記入してください。※夫婦合わせたものを記入。

**ない場合は０と記入**。

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、通帳等の写し（銀行名・口座番号・名義人等が記載してあるページと提出日からさかのぼって2か月分の記載ページ）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。
5. ていただくことがあります。