様式第２９号（第２３条関係）　　　　　　＜　表　面　＞

小山町介護保険負担限度額認定申請書

小山町長様

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の申請をします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 | |  | | | | 被保険者番号 | | | | |  | | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | 個人番号 | |  |  | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | |  | | | | 性別 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　　　　　考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入等に関する申告 | □ | | ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。  （受給している年金に○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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等に関する申告  ※通帳等の写しは別添 | □ | | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（夫婦は1650万円）、④の方は550万円（夫婦は1550万円）、⑤の方は500万円（夫婦は1500万円）以下です。  ※第２号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | |

注意事項

（１）　この申請書における「配偶者」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全てを記入し、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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 配偶者に関する事項 | 配偶者の有無 | 有・　無　（「無」の場合は、以下の配偶者に関する事項は記載不要です） | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  | | | | | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 本年1月1日  現在の住所 | （現住所と同じ場合は記載不要です） | | | | | | | | | | | | | |
| 市町村民税 | 課税　　　・　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | |

**※裏面の同意書もご記入ください。**

＜　裏　面　＞

|  |
| --- |
| 同　意　書  小山町長　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、貴町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 |