**介護保険負担限度額認定申請書**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （宛先）松山市長 | | | | | | | | | | 年度 | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名  （申請者） |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭　　　年　　月　　日 |
| 住所 | □松山市  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した  介護保険施設の  所在地及び名称  （※） | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）年月日  （※） | 昭・平・令　　　 年 　　月 　　日 | （※）介護保険施設に入所（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、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  | 個人番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | | | | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平  　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 住所 | □被保険者と同じ  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市町村民税賦課期日現在の住所（現住所と異なる場合） |  | | | | 本年1月1日（申請が1月から7月までの場合は前年1月1日）時点の住所を記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　課税　　　・　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に  関する申告 | 非課税年金受給 | | | 有　 ・ 　無 | | 「有」の場合は、以下の「年金の種類」・「年金保険者」について、当てはまるもの全てに○をしてください。 | | | | |
| 年金の種類 | | | 遺族年金・障害年金 | | 年金保険者 | | 日本年金機構 ・ 国家公務員共済・  地方公務員共済 ・ 　 私学共済 | | |
| 預貯金等に  関する申告 | □ | 裏面（別表）のいずれかの利用者負担段階に該当します。  ※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) | (内容　　　　　)  　　　　　　　円 |

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出者氏名 | 連絡先（自宅・勤務先・携帯） |
| 提出者住所（事業所が提出する場合、事業所名及び所在地） | 本人との関係 |

注意事項

(1)　この申請書における「配偶者」については、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。

(2)　遺族年金には、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。

(3)　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。

(4)　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。

(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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者欄 | 窓・郵・支 | 介・支・申 | 世帯 | 配（ 課・非 ） | 生 | 確認 | 受　付 | 入　力 | 確　認 |
| 新・継 | R　　　　～ R | 課・非 | NO. | 2号 | 金・税・境・他 |  |  |  |
|  | | | | | |

**※裏面の同意書にも記入してください。**

別表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **利用者負担段階** | | | |
|  | | | **預貯金等**  **（夫婦の場合）※2** |
| **第１段階** | ・生活保護受給者  ・本人および世帯全員が住民税非課税で老齢福祉年金受給者（世帯には、世帯を分離している配偶者を含みます） | | 1,000万円  （2,000万円）  以下 |
| **第２段階** | 本人および世帯全員が住民税非課税（世帯には、世帯を分離している配偶者を含みます） | 年金収入金額（※1）＋合計所得金額が８０万９千円以下 | 650万円  （1,650万円）  以下 |
| **第３段階①** | 年金収入金額（※1）＋合計所得金額が８０万９千円超～１２０万円以下 | 550万円  （1,550万円）  以下 |
| **第３段階②** | 年金収入金額（※1）＋合計所得金額が１２０万円超 | 500万円  （1,500万円）  以下 |

※1　年金収入金額には、非課税年金を含みます。

※2　第２号被保険者については、利用者負担段階にかかわらず「単身1,000万円以下、

夫婦2,000万円以下」です。

　同　意　書

（宛先）松山市長

　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、松山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

**＜本人＞**

　　　　　住　所

　　　　　(自署)

　氏　名

**＜配偶者＞**

　　　　　住　所

　　　　　(自署)

　　　　　氏　名