**介護保険負担限度額認定申請書**

（申請先）

鹿　沼　市　長　宛 　令和　 年　　月　　日

　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 |  | |
| 個人番号 |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 | | 性　　別 | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した  介護保険施設の  所在地及び名称(※) | 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）年月日  （※） | 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、記載不要です。 | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 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 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に  関する申告 | □ | ➀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○して下さい。以下同じ） ※　令和7年8月1日から年金収入額の基準が変わります。80万円⇒80.9万円  ※　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。※　令和7年8月1日から年金収入額の基準が変わります。80万円⇒80.9万円 | | | | | |
| □ | 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、と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1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。  ※第２号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合は、1,000万円（夫婦は2,000万円）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 |

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 | 連絡先（自宅・携帯・勤務先） |
| 申請者住所 | 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、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**  鹿　沼　市　長　宛  ①　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、鹿沼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  　　氏名  ＜配偶者＞  　　住所  氏名  　　②　次期の認定申請期間中に新規申請を行う場合  □ 今期及び次期分の申請を兼ねることへ同意します。 |

※本人又は配偶者が署名できない場合に代筆する場合には、それぞれの氏名の下の余白部分に代筆者の住所・氏名を署名してください。

（市記入欄）

　□ 本人及び配偶者の通帳の写し、有価証券、その他に関する書類

　　（通帳は①中表紙、②記帳した最新のページ、③貯蓄預金（定期預金）のページの3ヶ所）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **本人確認**  （郵送受付のみコピー添付） | **１号（写真あり公的機関証明書）**  運転免許証・個人番号カード・旅券・住基カード写真有・在留カード・身体障害者手帳・療育手帳・介護支援専門員証 | **２号（写真なし公的機関証明書）**  介護保険証・健康保険証・後期高齢者被保険者証・共済組合員証・年金手帳・年金証書・納税通知書・住基カード | **３号（主に公的機関以外のもの）**  学生証(公立以外写真有)・社員証(法人写真有)・預金通帳・診察券・クレジットカード・キャッシュカード |

□１号書類１点　　□２号書類２点　　□２号書類１点＋３号書類１点　　□２項目以上の聞き取り（余白に記入）⇒TASK等確認

□後見人の場合は登記事項証明書確認

　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対応職員名