**介護保険負担限度額認定申請書（令和４年度用）**

令和　　　年　　月　　日

（申請先）　大船渡市長　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を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  (被保険者本人の  場合は記載不要) | | 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 連絡先 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 本人との関係 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | |  | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | |
| 生年月日 | | 明 ・ 大 ・ 昭　　　　年　　　月　　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性　別 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 連絡先（　　　）　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設の所在地  及び名称 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 連絡先（　　　）　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所  年月日**※** | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※　介護保険施設に入所しない場合やショートステイ利用の場合には記入不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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」については記入不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　 　年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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に記入） | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市民税　　　　　　　課税　　　・　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入等に  関する申告 | | □ | | | 生活保護受給者／市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者であって、  預貯金等が**1,000万円（夫婦は2,000万円）以下**です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | | 市民税世帯非課税者であって、課税年金・非課税年金※収入額と合計所得金額の合計額が  **年額80万円以下**で、預貯金等が**650万円（夫婦は1,650万円）以下**です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | | 市民税世帯非課税者であって、課税年金・非課税年金※収入額と合計所得金額の合計額が  **年額80万円超120万円以下**で、預貯金等が**550万円（夫婦は1,550万円）以下**です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | | 市民税世帯非課税者であって、課税年金・非課税年金※収入額と合計所得金額の合計額が  **年額120万円超**で、預貯金等が**500万円（夫婦は1,500万円）以下**です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※【遺族年金・障害年金・寡婦年金・かん夫年金・母子年金・準母子年金・遺児年金】  受給している非課税年金に〇を付けてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等に  関する申告 | | 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）  ※内容を記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (　　　　　　)※  円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | **※※　裏面もご記入ください。※※** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当事業所名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 担当者名 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |
| **市記入欄** | | 第２段階判定基準額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 適用年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有効期限 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 令和　 年　 月 　日から | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 令和５年７月31日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定 | | 段階 | | | | | | | | | １　・　２　・　３－①　・　３－②　・　境界層　・　特例減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 却下 | | 理由 | | | | | | | | | 世帯課税　　　　配偶者課税　　　　預貯金額超過（第　　　段階基準額） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**【**注意事項**】**

（1）この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者また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（通帳の表紙、申請日の直近２ヶ月の記載があるページ及び最終残高が確認できるページの写し）または残高証明書を添付してください。（配偶者「有」の場合は配偶者分も添付してください。）

（3）申請書欄内に書ききれない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入のうえ添付してください。

（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。

**同　意　書**

　大船渡市長　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　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※本人または配偶者がそれぞれ署名する場合は、押印不要です。