第4号様式（第15条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代理申請者 | 本人申請の場合記載不要 住　　所：  電話番号：　　　（　　 ）  氏　　名：  　　　　　　　　　　　 （本人との関係：　　　） | 委任状 | 私は、左記の者にこの申請を委任します。  （家族の場合記載不要）  被保険者  本人氏名　　　　　　　　　　　　　 　㊞  　　　　　（本人自署の場合は押印不要） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | | |  | | | | | | 1 | 9 | | 2 | 0 | 1 | 3 |
| 被保険者氏名 | | | ㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 個人番号 | | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 生年月日 | | | 年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | 〒  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(※) | | | 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | 年　　月　　日生 | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | |  | | |  | 課税状況 | | | | | | 市町村民税　　課税 ・ 非課税 | | | | | | | | | | |
| 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） | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、合計所得金額及び【遺族年金※・障害年金】（受給している年金に○をして下さい。）収入額の合計額が年額80万円以下です。（※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。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給している全ての年金の保険者に○をして下さい。  日本年金機構  地方公務員共済  国家公務員共済  私学共済 | | | | |
| □ | | ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び【遺族年金・障害年金】（受給している年金に○をして下さい。）収入額の合計額が年額80万円超、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、合計所得金額及び【遺族年金・障害年金】（受給している年金に○をして下さい。）収入額の合計額が年額120万円を超えます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等に  関する申告 | | □ | | 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（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同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) | | | | | | 内容（　　　　　　　　）  円 | | | | | | | |
| (あて先)　甲府市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　上記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。  　なお、この申請の認定決定にあたり、私及び私の属する世帯の世帯員の老齢福祉年金受給情報・生活保護受給情報・市民税課税情報を調査することに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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。

（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。

保険者記入欄　　介護保険負担限度額　　　決　定　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 限度額状況 | 利 用 者 負 担 段 階 | | | | 第１段階 | 第２段階 | 第３段階① | | 第３段階② | |
| 食費負担限度額（日額）【】は短期入所 | | | | ３００円【３００円】 | ３９０円【６００円】 | ６５０円【１，０００円】 | | １，３６０円【１，３００円】 | |
| 居住費  又は滞在費  （日額） | | ユニット型個室  ユニット型個室的多床室  従来型個室（特養等）  従来型個室（老健・療養等）  多床室 | | ８２０円  ４９０円  ３２０円  ４９０円  ０円 | ８２０円  ４９０円  ４２０円  ４９０円  ３７０円 | １.３１０円  １.３１０円  ８２０円  １.３１０円  ３７０円 | | １.３１０円  １.３１０円  ８２０円  １.３１０円  ３７０円 | |
| 受　付 | | 交付年月日 | | 年 　　月 　　日 | | 承認 | 介 護 保 険 課 | | | |
|  | | 適用年月日 | | 年 　　月 　　日から | | 担　当 | 係　長 | | 課　長 |
| 不承認 |
| 有効期限 | | 年 　　月 　　日まで | |

|  |
| --- |
| 同　意　書  　　（あて先）甲府市長  　　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、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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |