様式第17号（第21条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　介護保険負担限度額認定申請書

年　　　月　　　日

岸和田市長　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者住所 | 連絡先　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設等の  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、記載不要 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 配偶者の有無 | | 有　　　・　　　無 | | | | | | | | | | | | 「無」の場合は、「配偶者に関する事項」については、記載不要 | |
| 配偶者に関する事項 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | | | | | | | | | | | 生 年 月 日 | 明・大・昭・平　　年　　月　　日 |
| 氏 名 |  | | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 | 連絡先　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等と預貯金等に関する申告 | □ | 生活保護受給者又は省令第83条の５第１項第２号に該当する者 | | | | | | | | |
| 市町村民税世帯非課税者（岸和田市市税条例（平成12年条例第２号）で定めるところにより市民税が免除された者を含む。）であって、次のいずれかに該当します。 | | | | | | | | | |
| □ | 老齢福祉年金の受給権を有する者であって、  預貯金、有価証券等の金額の合計が2,000万円（配偶者がない場合にあっては、1,000万円）以下です。 | | | | | | | | |
| □ | (65歳以上)  第１号被保険者 | | 課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が80.9万円以下であって、  預貯金、有価証券等の金額の合計が1,650万円（配偶者がない場合にあっては、650万円）以下です。 | | | | | | |
| □ | 課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が80.9万円を超え120万円以下であって、  預貯金、有価証券等の金額の合計が1,550万円（配偶者がない場合にあっては、550万円）以下です。 | | | | | | |
| □ | 課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が120万円を超え、  預貯金、有価証券等の金額の合計が1,500万円（配偶者がない場合にあっては、500万円）以下です。 | | | | | | |
| □ | 第２号被保険者  (40歳以上65歳未満) | | | | 預貯金、有価証券等の金額の合計が2,000万円（配偶者がない場合にあっては、1,000万円）以下です。課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が   * 80.9万円以下　　　□　80.9万円を超え120万円以下　　　□　120万円超 | | | | |
| 受給している非課税年金に〇を記入してください。 | | | | 年金の種類 | | 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、遺児年金を含みます。 | | | |
| 年金保険者 | | 日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済 | | | |
| 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 |

※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ※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、以下について記載は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名又は名称 | 連絡先　　　（　　　） |
| 申請者住所又は所在地 | 本人との関係 |

備考 (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。

様式第17号の2（第21条関係）

同意書

岸和田市長　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

被保険者

【本人】

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

【配偶者】

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄 | 所得状況等確認 | 減額認定内容 | | | | | | | |
| **承認する** | | | | | | | |
| □ 市民税世帯非課税  □ 合計所得金額＋課税年金額＋非課税年金  ≦80.9万円/年  　　（第２段階）  □ 80.9万円/年＜  合計所得金額＋課税年金額＋非課税年金  ≦120万円/年  　　（第３段階①）  □ 120万円/年＜  合計所得金額＋課税年金額＋非課税年金  　　（第３段階②）  □老齢福祉年金受給者  □ 生活保護受給者  □ 生活保護特例却下  □ 預貯金基準以下 | 食費  （単位：日額） | | 居住費（単位：日額） | | | | | |
| ユニット型 | | ユニット型  個室的多床室 | 従来型  （特養等） | 従来型（老健・療養等） | 多床室 |
| □第1段階  300円 | | 880円 | | 550円 | 380円 | 550円 | 0円 |
| □第2段階  390円【600円】 | | 880円 | | 550円 | 480円 | 550円 | 430円 |
| □第3段階①  650円【1,000円】 | | 1,370円 | | 1,370円 | 880円 | 1,370円 | 430円 |
| □第3段階②  1,360円【1,300円】 | | 1,370円 | | 1,370円 | 880円 | 1,370円 | 430円 |
| □第4段階 | | **承認しない** | | | | | |
| 交付年月日 | | | 適用年月日 | | | 有効期限 | |
| Ｒ　　年　　月　　日 | | | Ｒ　　年　　月　　日 | | | Ｒ８ 年７月３１日 | |
| 送付先 | 本人 ・ 施設 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |

上記のとおり本件認定してよろしいか

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 参事 | 担当長 | 担当員 |  | 決裁日 |  |
|  |  |  |  |  |