第14号様式（第25条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

南九州市長　　　　様

介護保険負担限度額認定申請書

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 | | |  | | | | | 保険者番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | ４ | | | | ６ | | | | ２ | | | | ２ | | | ３ | | | ４ | |
| 被保険者氏名 | | |  | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | |
| 個人番号 | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | 個人番号 | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  |
| 氏名 | |  | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | ※寡婦年金，かん夫年金，母子年金，準母子年金及び遺児年金を含みます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入・預貯金等に関する事項 | □ | 生活保護受給者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 対象者が65歳以上の場合  預貯金額（夫婦の場合） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1000万円（2000万円）以下 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 世帯全員が　市町村民税　非課税 | | 課税年金収入額＋合計所得金額＋【遺族年金※・障害年金】  収入額の合計額が年額80.9万円以下 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 650万円（1650万円）以下 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 課税年金収入額＋合計所得金額＋【遺族年金※・障害年金】  収入額の合計額が年額80.9万円超120万円以下 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 550万円（1550万円）以下 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 課税年金収入額＋合計所得金額＋【遺族年金※・障害年金】  収入額の合計額が年額120万円超 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 500万円（1500万円）以下 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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。

**受給している全ての年金の保険者に○をしてください。**

**日本年金機構**

**地方公務員共済**

**国家公務員共済　私学共済**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 本人との関係 |
| 申請者住所・連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL | |

注意事項

⑴　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。

⑵　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，その全てを記入し，通帳等の写しを添付してください。

⑶　書ききれない場合は，余白に記入又は別紙に記入の上添付してください。

⑷　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。

裏面あり（同意書）

第14号様式の２（第25条関係）

年　　月　　日

　南九州市長　　　　様

同意書

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，南九州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。

　〈本人〉　住所

　　　　　　氏名

　〈配偶者〉住所

　　　　　　氏名