（１／２）　　　　　　　　　　　 **（令和　５年度）　介護保険負担限度額認定申請書**（R5.8～R6.7）

（宛先）男鹿市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

次のとおり関係書類（同意書、通帳の写し等）を添えて、食費・居住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 | | 0　5　2　0　6　8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 | |  |  | |  |  |  | | |  |  |  |  |  | |  |  |
| 生年月日 | | 明 ・ 大 ・ 昭　　　　　　　 年　　　 月　　　 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所施設に  関する事項 | | 利用サービス | | | | | | | □施設入所（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院）  □ショートステイ（短期入所生活介護・短期入所療養介護（老健・療養型））  　※ショートステイ利用の場合、以下の「入所施設に関する事項」への記入は不要です | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日 | | | | | | | 年　　　　　月　　　　　日　　　　　　　　□未定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者の有無 | | 有　　・　　無　　　※「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」への記入は不要です | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に  関する事項  ※この申請書における「配偶者」について、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。 | | フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | | | 個人番号 | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 氏名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 明 ・ 大 ・ 昭　・　平　　　　　 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本年1月1日  現在の住所 | | | | | | （現住所と異なる場合、記入してください） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | | | | | | 市町村民税　　　　　課税　　　・　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者の収入等に関する申告 | | □ | | 生活保護受給者／市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1,000万円（夫婦は  2,000万円）以下 | | | | | | | | | | | | 預貯金等の基準額 | | |
| □ | | 市町村民税世帯非課税であり、課税年金収入額と合計所得金額と  **【遺族年金※・障害年金】**収入額の合計額が年額80万円以下です。  **（受給している年金に○してください）**※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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 650万円（夫婦は  1,650万円）以下 | | | | | | | | | | | |
| □ | | 市町村民税世帯非課税であり、課税年金収入額と合計所得金額と  **【遺族年金・障害年金】**収入額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 550万円（夫婦は  1,550万円）以下 | | | | | | | | | | | |
| □ | | 市町村民税世帯非課税であり、課税年金収入額と合計所得金額と  **【遺族年金・障害年金】**収入額の合計額が120万円を超えます。　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　**（** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 500万円（夫婦は  1,500万円）以下 | | | | | | | | | | | |
| 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基準額以下です。※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現金及び  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 | | | | | | | | | |

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 申請者住所（事業所が提出する場合、  事業所名及び所在地） | 本人との関係 |

【注意事項】

1. 預貯金等は、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、申請日より2ヶ月前までの通帳等の写しを添付してください。
2. 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。

（２／２）

|  |
| --- |
| 同　　意　　書  （宛先）男鹿市長  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。）に私及び配偶者（内縁関係者の者を含む。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、男鹿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。  令和　　　年　　　月　　　日  ＜本人＞  住所  氏名  ＜配偶者＞  住所  氏名  ※必ず署名してください。 |

※男鹿市記入欄※

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決定年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | 関係書類 | □同意書　　　□通帳等の写し | 受付 |
| □該当　負担段階（第　　　段階）　有効期間（　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日）　　　□非該当 | | | | |
| 市町村民税課税状況 | | （　　　　　　）人世帯　　　　　　　　　□世帯非課税　　　　　□世帯課税 | | |  |
| 老齢福祉年金受給 | | □受給権なし（停止含む）　　　　　□受給権あり | | |
| 生活保護 | | □なし　　　　　　　　　　　　　　　　 □あり　　開始年月日　　　　年　　　　月　　　　日～ | | |
| 境界層 | | □なし　　　　　　　　　　　　　　　　 □あり　　開始年月日　　　　年　　　　月　　　　日～ | | |
| 本人（□課税　□非課税）　配偶者（□課税　□非課税）　資産状況（合計　　　　　　　　円）（□該当　□非該当） | | | | |

（１／２）　　　　　　　　　　　 **（令和　５年度）　介護保険負担限度額認定申請書**（R5.8～R6.7）

（宛先）男鹿市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　５年　　▲月　　▲日

次のとおり関係書類（同意書、通帳の写し等）を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | オ　ガ　　　タ　ロ　ウ | | | | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | 0　5　2　0　6　8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名  男 | **男鹿　太郎** | | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | １ | | | ２ | | ３ | | ４ | | | ５ | | ６ | | | | ７ | | ８ | | ９ | | | ０ | |
| 個人番号 | | １ | １ | | １ | １ | １ | | | １ | ２ | ２ | ２ | ２ | | ２ | ２ |
| 生年月日 | | 明 ・ 大 ・ 昭　　　　　　15年　３月　２２日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所  マイナンバーを記入。 | | 〒010-0595　　男鹿市船川港船川字泉台６６番地１電話番号　２４－▲▲▲▲  レ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所施設に  関する事項 | | 利用サービス | | | | | | | □施設入所（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院）  □ショートステイ（短期入所生活介護・短期入所療養介護（老健・療養型））  　※ショートステイ利用の場合、以下の「入所施設に関する事項」への記入は不要です | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | | | | 特別養護老人ホーム　◆◆苑 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | 男鹿市船川港船川字船川○○番地　　　　　電話番号　２４－▲▲▲▲ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日 | | | | | | | 平成　　２６　　　年　　４　　月　　１　　日　　　　　　　　□未定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者の有無 | | 有　　・　　無　　　※「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」への記入は不要です | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に  関する事項  ※この申請書における「配偶者」について、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。 | | フリガナ | | | | | | オガ　ハナコ | | | | | | | | | | | 個人番号 | | １ | １ | | １ | | １ | | １ | | | １ | | ２ | | ２ | | ２ | | ２ | | ２ | | | ２ |
| 氏名  配偶者「無」の場合、  記入不要です。 | | | | | | 男鹿　花子 | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 明 ・ 大 ・ 昭　・　平 　　16年　２月　２日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | 男鹿市角間崎字家ノ下４５２番地  電話番号　４６－●●●● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本年1月1日  現在の住所 | | | | | | （現住所と異なる場合、記入してください） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | | | | | | 市町村民税　　　　　課税　　　・　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者の収入等に関する申告 | | □ | | 生活保護受給者／市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者  【例】株式・国債・地方債・社債等  ※証券会社や銀行の口座残高の写し等を添付してください。  【例】金・銀（積立購入を含む）等、購入先の口座残高によって  時価評価額が容易に把握できる貴金属  ※購入先の銀行等の口座残高の写し等を添付してください。  【例】投資信託  ※銀行・信託銀行・証券会社等の口座残高の写し等を添付してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1,000万円（夫婦は  2,000万円以下 | | | | | | | | | | | | | 預貯金等の基準額 | | |
| □  レ | | 市町村民税世帯非課税であり、課税年金収入額と合計所得金額と  **【遺族年金※・障害年金】**収入額の合計額が年額80万円以下です。  **（受給している年金に○してください）**※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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 650万円（夫婦は  1,650万円）以下 | | | | | | | | | | | | |
| □ | | 市町村民税世帯非課税であり、課税年金収入額と合計所得金額と  遺族年金または障害年金を受給している場合は○をつけてください。  **【遺族年金・障害年金】**収入額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 550万円（夫婦は  1,550万円）以下 | | | | | | | | | | | | |
| □ | | 市町村民税世帯非課税であり、課税年金収入額と合計所得金額と  **【遺族年金・障害年金】**収入額の合計額が120万円を超えます。　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　**（** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 500万円（夫婦は  1,500万円）以下 | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等に  レ  関する申告 | | □ | | 預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現金及び  預貯金額 | | | | | | 本人2,000,000  妻　1,000,000  円 | | | | | | | 有価証券  (評価概算額) | | | | 本人1,000,000  妻　1,500,000  円 | | | | | | | その他  （現金・負債を含む） | | | | | | | | ０　円 | | | | | | | | | | |

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 若美　梨子 | 連絡先（自宅・勤務先）　２４－▲▲▲▲ |
| 申請者住所（事業所が提出する場合、　　特別養護老人ホーム　◆◆苑  事業所名及び所在地）　　　　　　　　　男鹿市船川港船川字船川字船川○○番地 | 本人との関係　　施設職員 |

【注意事項】

被保険者本人以外が申請書を提出する場合、必ず記入してください。

（申請書や添付書類の内容について、お問い合わせする場合があります。）

1. 預貯金等は、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、申請日より2ヶ月前までの通帳等の写しを添付してください。
2. 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。

（２／２）

|  |
| --- |
| 同　　意　　書  （宛先）男鹿市長  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。）に私及び配偶者（内縁関係者の者を含む。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、男鹿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。  ●同意書欄の記入日・住所・氏名は  必ず手書きで記入してください。  ●本人・配偶者それぞれご記入ください。  ●自筆で記入が困難な場合は代筆も可能です。  令和　　５ 年　　▲　月　　　▲　日  ＜本人＞  住所　　男鹿市船川港船川字泉台６６番地１  氏名　　男鹿　太郎  ＜配偶者＞  住所　　男鹿市角間崎字家ノ下４５２番地  氏名　　男鹿　花子  ※必ず署名してください。 |

※男鹿市記入欄※

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決定年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | 関係書類 | □同意書　　　□通帳等の写し | 受付 |
| □該当　負担段階（第　　　段階）　有効期間（　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日）　　　□非該当 | | | | |
| 市町村民税課税状況 | | （　　　　　　）人世帯　　　　　　　　　□世帯非課税　　　　　□世帯課税 | | |  |
| 老齢福祉年金受給 | | □受給権なし（停止含む）　　　　　□受給権あり | | |
| 生活保護 | | □なし　　　　　　　　　　　　　　　　 □あり　　開始年月日　　　　年　　　　月　　　　日～ | | |
| 境界層 | | □なし　　　　　　　　　　　　　　　　 □あり　　開始年月日　　　　年　　　　月　　　　日～ | | |
| 本人（□課税　□非課税）　配偶者（□課税　□非課税）　資産状況（合計　　　　　　　　円）（□該当　□非該当） | | | | |