**裏面資産申告書有**

**介護保険負担限度額認定申請書**令和年　月　日

　三朝町長　様

　次のとおり関係書類（同意書、通帳等の写し等）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 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話（　　　　）　　―　 |
| 入所(入院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話 |
| 入所(院)年月日(※) | 昭 ・ 平　・令　　　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、記載不要です。（事実婚含む） |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生 年 月 日 | 明　・　大　・　昭　　　　　　　年　　　　月　　　　日生 |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 収入等に関する申告 | □ | 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と受給している全ての年金の保険者に○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【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○して下さい)**※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。 |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、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80万円を超えます。**(受給している年金に○して下さい)** |
| 預貯金等に関する申告 | □ | 預貯金、有価証券の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 |
| 現金及び預貯金額 | 1. 円
 | 有価証券(評価概算額) | 1. 円
 | その他(負債) | 1. 円
 |
| ※預貯金等に関する申告については、裏面申告書に記載の上、預貯金、有価証券、負債にかかる通帳等の写しを添付してください。※上記に記載した金額については、裏面の資産申告額の各項目の合計額と同額になるように記載してください。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 電話(自宅・勤務先) |
| 申請者住所　〒 | 本人との関係 |

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所有している場合は、そのすべてを記入してください。
3. 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。

**資産の詳細について**

預貯金等および現金

　※年金を受給している方は、年金受取口座を記載した箇所の番号（一番左）を○で囲んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 金融機関名 | 支店名 | 口座番号 | 口座名義人 | 対象 | 残高 |
| １ |  |  |  |  | 本・配 |  |
| ２ |  |  |  |  | 本・配 |  |
| ３ |  |  |  |  | 本・配 |  |
| ４ |  |  |  |  | 本・配 |  |
| ５ |  |  |  |  | 本・配 |  |
| ６ |  |  |  |  | 本・配 |  |
| **現金等** | 被保険者（本人） |  |
| 配偶者等 |  |
| **合　計** |  |

有価証券等

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 金融機関名 | 支店名 | 種別 | 名義人 | 対象 | 残高 |
| １ |  |  |  |  | 本・配 |  |
| ２ |  |  |  |  | 本・配 |  |
| ３ |  |  |  |  | 本・配 |  |
| ４ |  |  |  |  | 本・配 |  |
| **合　計** |  |

負債

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 貸主 | 名目 | 対象 | 残高 |
| １ |  |  | 本・配 |  |
| ２ |  |  | 本・配 |  |
| ３ |  |  | 本・配 |  |
| ４ |  |  | 本・配 |  |
| **合　計** |  |

**※預貯金、有価証券、負債にかかる通帳等の写しを添付してください。**

※負債については、添付資料を確認し、預貯金等から差し引きます。