様式第24号（第24条関係）

令和３年度

**介護保険負担限度額認定申請書**

（あて先）平戸市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　下記のとおり、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 | ４２２０７１ |
| 被保険者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　 | 被保険者番号 |  |
| 個人番号 |  |
| 生年月日 | 　　　年　　月　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒電話番号 |
| 申請者氏名（本人以外の場合） | 　　　　　　　　（続柄　　　）　　　　　　　　 | 電話番号 |  |
| 介護保険施設の所在地及び名称 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　入所年月日　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 配偶者(事実婚含む)について | 配偶者の有無 | 有　・　無 | 市町村民税課税状況 | 課税　・　非課税 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 配偶者氏名 |  |
| 住所 | 〒電話番号 |
| 本年１月１日現在の住所 | ※上記と同じ場合は、記入不要。〒電話番号 |
| 収入について | 1. 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金及び非課税年金※の収入額の合計額が認定要件金額の範囲内
2. その他（生活保護受給者・境界層該当者・老齢福祉年金受給者）

※遺族年金（寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金）、障害年金の事。 | 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 |
| 資産について | □　現金、預貯金、有価証券等の金額の合計が認定要件金額の範囲内 |
| 現金及び預貯金額 | 円 | 有価証券（評価概算額） | 円 | その他（負債） | 円 |
| ※　上記金額は、申請者及びその配偶者の資産の合計金額を記載してください。※　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。 |

【市記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備考 |
| 　　　年　　　月　　　日 | （添付書類の確認）□　調査の同意書　　□　通帳等の写し（年金）□ 遺族年金　□ 障害年金（所得分布の状況等を記入）　本人　（　課税　・　非課税　）　世帯　（　課税　・　非課税　）　　生活保護　（　有　・　無　）　老齢福祉年金　（　有　・　無　）認　定（第　１　・　２　・　３①　・３②　段階）・　却　下 |
| 適用年月日 |
| 　　　年　　　月　　　日から |
| 有効期限 |
| 　　　年　　　月　　　日まで |

**調査の同意書**

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。）に私及び配偶者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、照会を求めることに　同意します。

平戸市長　様

　　年　　月　　日

申請者の住所

　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　（※）

　　　　　　　　　　配偶者の住所

　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　（※）

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

**委任状**

　私は、　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め、次の権限を委任する。

　　　　　年　　月　　日に申請した介護保険負担限度額認定証及び決定通知書の受領に関すること。

　　　　　　　　　　申請者の住所

　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　（※）

　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　-

　　　　　　　　　　代理人の住所

　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　（※）

　　　　　　　　　　　　　　申請者との続柄

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

様式第24号（第24条関係）

【記入例】

**介護保険負担限度額認定申請書**

（あて先）平戸市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○　年　○　月　○　日

　　下記のとおり、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 | タイラ　タロウ | 保険者番号 | ４２２０７１ |
| 被保険者氏名 | 平　太郎　　　 | 被保険者番号 | 1234567890 |
| 個人番号 | 0987654321 |
| 生年月日 | 明・大・昭１３年　１　月　１　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒859-5192平戸市岩の上町1508番地３　　　　　　　　電話番号　（0950）22-4111 |
| 申請者氏名（本人以外の場合） | 　　平　花子　　　　　　　（続柄　妻　）　　　　　　　　 | 電話番号 | （0950）22-4111 |
| 介護保険施設の所在地及び名称 | 〒859-5192　　　　　　　　　　　　　　入所年月日　平成30年８月１日平戸市岩の上町1508番地３　GH平戸 　　電話番号　（0950）22-4111 |
| 配偶者(事実婚含む)について | 配偶者の有無 | 有　・　無 | 市町村民税課税状況 | 課税　・　非課税 |
| フリガナ | タイラ　ハナコ | 生年月日 | 明・大・昭　１4年１月１日 |
| 配偶者氏名 | 平　花子 |
| 住所 | 〒859-5192平戸市岩の上町1508番地３　　　　　　　　電話番号　（0950）22-4111 |
| 本年１月１日現在の住所 | ※上記と同じ場合は、記入不要。**※受付の際にチェックしてください。**〒電話番号 |
| 収入について | １．市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金及び非課税年金※の収入額の合計額が認定要件金額の範囲内２．その他（生活保護受給者・境界層該当者・老齢福祉年金受給者）※遺族年金（寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金）、障害年金の事。 | 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 |
| 資産について | □　現金、預貯金、有価証券等の金額の合計が認定要件金額の範囲内 |
| 現金及び預貯金額 | 1,000,000円 | 有価証券（評価概算額） | 500,000円 | その他（負債） | 0円 |
| ※　上記金額は、申請者及びその配偶者の資産の合計金額を記載してください。※　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。 |

【市記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備考 |
| 　　　年　　　月　　　日 | （添付書類の確認）☑　調査の同意書　　☑　通帳等の写し（年金）☑ 遺族年金　☑ 障害年金**※受付の際にチェックしてください。**（所得分布の状況等を記入）　本人　（　課税　・　非課税　）　世帯　（　課税　・　非課税　）　　生活保護　（　有　・　無　）　老齢福祉年金　（　有　・　無　）認　定（第　１　・　２　・　３①　・３②　段階）・　却　下 |
| 適用年月日 |
| 　　　年　　　月　　　日から |
| 有効期限 |
| 　　　年　　　月　　　日まで |

**調査の同意書**

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。）に私及び配偶者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、照会を求めることに　同意します。

平戸市長　様

 ○ 年 ○ 月 ○ 日

**自書でない場合、押印してください。**

申請者の住所　　平戸市岩の上町1508番地3

　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　 平　 　太　郎

　　　　　　　　　　配偶者の住所　　平戸市岩の上町1508番地3

　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　平　 　花　子

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

**委任状**

　私は、　　　平　 　花　子　　　　を代理人と定め、次の権限を委任する。

　 ○ 年 ○ 月 ○ 日に申請した介護保険負担限度額認定証及び決定通知書の受領に関すること。

**自書でない場合、押印してください。**

申請者の住所　　平戸市岩の上町1508番地3

　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　 平　 　太　郎

　　　　　　　　　　　　　　　　　〒000-0000

　　　　　　　　　　代理人の住所　　平戸市岩の上町1508番地3

　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　平　 　花　子

　　　　　　　　　　　　　　申請者との続柄　　　　　妻

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。