介護保険負担限度額認定申請書

（申請先）　魚沼市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 本人との関係 |
| 申請者住所 | 連絡先 |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 | 　　 |  | 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。 |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  | 市民税課税状況 | 課税　・非課税 |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 　　　年　　月　　日 | 個人番号 |  |
| 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のみ記入） | 〒　連絡先 |

　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。

〇収入等に関する申告

**受給している全ての年金に○してください。**

【遺族年金※・障害年金・日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済】

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 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 |
| □ | 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80万円以下**　かつ　**預貯金等の合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下**65歳未満の場合、預貯金等の合計額は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下 |
| □ | 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80万円超120万円以下**かつ　**預貯金等の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下**65歳未満の場合、預貯金等の合計額は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下 |
| □ | 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120万円超**　かつ　**預貯金等の合計が500万円（夫婦は1,500万円）以下**65歳未満の場合、預貯金等の合計額は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下 |

※遺族年金には、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。

**裏面（預貯金等に関する申告等）に続きますので、裏面も必ずご記入ください。**

魚沼市記入欄　下記のとおり決定します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 　　年　　月　　日 | 要介護区分 | 要支援（１・２）要介護（１・２・３・４・５） |
| 承認 | ＜適用年月日：令和　年　月　日から＞　＜有効期限：令和　年　月　日まで＞□第１段階　　□第２段階　　□第３段階①　　□第３段階②　　□配偶者非課税　・同世帯・別世帯　　□資産該当　 |
| 却下 | □課税　・本人課税・世帯員課税・別世帯配偶者課税 |
| □資産非該当 |

（表面からの続き）

○預貯金等に関する申告　　　有・無、金額は申請者が記入し、確認書類を添付してください。**必須！**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人（被保険者） | 種類 | 金融機関及び支店名 | 預貯金額 |
| 預貯金 | 有無 | 銀行　　　　　支店 | 円 |
| 有価証券等 | 有無 | 種類 | 評価概算額 |
|  | 円 |
| その他（現金・負債等） | 有無 | 種類 | 金額 |
|  | 円 |
| 配偶者※無の場合は記入不要です。 | 種類 | 金融機関及び支店名 | 預貯金額 |
| 預貯金 | 有無 | 銀行　　　　　支店 | 円 |
| 有価証券等 | 有無 | 種類 | 評価概算額 |
|  | 円 |
| その他（現金・負債等） | 有無 | 種類 | 金額 |
|  | 円 |
| 合　　計 | 円 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり

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保有している場合は、そのすべてを記入し、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。

○必要書類

預貯金等の要件を確認できる次の書類などを添付してください。

・預貯金（普通・定期）･･･通帳等の写し（銀行名・支店名・名義・最終残高(2ヶ月前まで)の分かる部分）

・有価証券（株式・国債など）･･･証券会社や銀行の口座残高の写し

・負債（借入金・住宅ローンなど）･･･借用書など

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、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。

令和　　年　　月　　日

＜本人＞

　住所

氏名

＜配偶者＞

　住所

氏名