介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)　魚沼市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和〇〇年〇〇月〇〇日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名　　　　　魚沼　花太郎 | 本人との関係　　　　　　子 |
| 申請者住所　　　魚沼市小出島900番地4 | 連絡先　　　　　　　　025-792-1111 |
| フリガナ | ウオヌマ　タロウ | 被保険者番号 | 1234567890 |
| 被保険者氏名 | 　　　　　魚沼　太郎 |  | 個人番号 |  |
| 生年月日 | 　　昭和　5年　5月　5日 |
| 住　　所 | 〒946-0011魚沼市小出島910番地　　　　　　　　　　　　連絡先025-792-1000 |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 〒**入所（院）中の施設の所在地、名称、連絡先、入所年月日を記入してください。（短期入所の場合は不要です）**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 | ウオヌマ　ハナ | 市民税課税状況 | 課税　・非課税 |
| 氏　名 | 魚沼　ハナ |
| 生年月日 | 昭和　3年　3月　3日　　 | 個人番号 |  |
| 住　所 | 〒940-0084長岡市幸町2-1-1　　　　　　　　　　　　　 連絡先0258-00-0000**年金の種類に○をつけてください。** |
| 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合のみ記入) | 〒946-0011　魚沼市小出島910番地連絡先025-792-1000 |

　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。

**４つの項目から１つを選んで****を入れてください。**

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80万9千円以下　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80万9千円超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：　　　年　月　日から＞　＜有効期限：　　　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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本人(被保険者) | 種類 | 金額 |
| 預貯金・有価証券・現金・負債・その他(　　　　　　　　　) | 3,333,333円 |
| 預貯金・有価証券・現金・負債・その他(　　　　　　　　　) | 　　　150,000円 |
| 預貯金・有価証券・現金・負債・その他(　　　　　　　　　) | 450,000円 |
| 預貯金・有価証券・現金・負債・その他(　　　　　　　　　) | ▲1,000,000円 |
| 預貯金・有価証券・現金・負債・その他(　　　　　　　　　) | 200,000円 |
| 預貯金・有価証券・現金・負債・その他(　　　　　　　　　) | 円 |
| 配偶者※無の場合は記入不要です。 | 種類 | 金額 |
| 預貯金・有価証券・現金・負債・その他(　　　　　　　　　) | 2,222,222円 |
| 預貯金・有価証券・現金・負債・その他(　　　　　　　　　) | 100,000円 |
| 預貯金・有価証券・現金・負債・その他(　　　　　　　　　) | 100,000円 |
| 預貯金・有価証券・現金・負債・その他(　　　　　　　　　) | 円 |
| 預貯金・有価証券・現金・負債・その他(　　　　　　　　　) | 円 |
| 預貯金・有価証券・現金・負債・その他(　　　　　　　　　) | 円 |
| 合　　計 | 5,555,555円 |

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

**・資産の種類ごとに金額を記入してください。**

**・銀行口座が複数ある場合や定期預金がある場合は、それぞれ行を分けて記入してください。**

**・預貯金額の確認できる通帳及び証書の写しを添付してください。通帳は直近まで記帳してからコピーしてください。**

**・「有価証券等」の欄は、現在の評価概算額を記入して、証券会社や銀行の口座残高の写など価格評価を確認できる書類を添付してください。**

**・負債（借金）がある場合は、マイナス（▲）をつけてください。**

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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

＜本人＞

　住所　　魚沼市小出島910番地

氏名　　魚沼　太郎

＜配偶者＞

　住所　　魚沼市小出島910番

氏名　　魚沼　ハナ