介護保険負担限度額認定申請書

令和　　年　　月　　日

小千谷市長　あて

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。

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 被保険者番号 | | |  | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | |
| 個人番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  | | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　名 |  | | | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 市町村民税課税状況 | 課税　・　非課税 | | | | | | | | | | | |
| 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) | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に関する申告 | □ | A　生活保護受給者／B　市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | |
| □ | C　市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び  【遺族年金・障害年金】の合計額が年額80.9万円以下です。 | | | | | |
| □ | D　市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び  【遺族年金・障害年金】の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。 | | | | | |
| □ | E　市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び  【遺族年金・障害年金】の合計額が年額120万円を超えます。 | | | | | |
| 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Bの方は1000万円（夫婦は2000万円）、Cの方は650万円（同1650万円）、Dの方は550万円（同1550万円）、Eの方は500万円（同1500万円）以下です。  ※２号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、C～Eの方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 | | | | | |
| 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 |

**▶裏面に続きますので必ず御記入ください。**

小千谷市記入欄　**上記の申告に基づき審査した結果、下記のとおり負担限度額の適用を決定してよろしいでしょうか。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 承認 | **適用年月日** | | | □非課税世帯  □配偶者非課税  □第１段階　単身1,000万円、夫婦2,000万円以下  □第２段階　単身　650万円、夫婦1,650万円以下  □第３段階①　単身　550万円、夫婦1,550万円以下  □第３段階②　単身　500万円、夫婦1,500万円以下 | | | | 却下 | □資産非該当  □課税  ・本人課税  ・世帯員課税  ・別世帯配偶者課税 | |
| 令和　　年　 月　 日から | | |
| **有効期限** | | |
| 令和　　年　 月 　日まで | | |
| 決裁 | 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | | 係　　員 | 公印使用 | 起案　　.　　.  決裁　　.　　.  発送　　.　　. | 発　送 | | |
|  |  |  | |  | 電子印 | □対象者を照合  □送付先を照合  □認定証を照合 | |  |

○添付書類

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）…通帳のコピー（銀行名・支店名・名義・最終残高（２か月前まで）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

○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、その全てを記入してください。
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。**

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（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＞　　※自署

　　　住所

　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代筆　　　　　　　　　　　　　）

　＜配偶者＞　※配偶者が無の場合、以下は記入不要です。

　　　住所

　　　氏名