様式第２６号

（表面）

**介護保険負担限度額認定申請書**

新庄市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　　　年　　月　　日

**裏面を確認**し、関係書類を添えて、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  被保険者氏名 |  | 被保険者番号 | |  |
| 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 |  | | 入所した居室の種類  １ユニット個室　　　　 ２従来型個室  ３ユニット型準個室　　 ４多床室 | |
| ※ショートステイを利用している場合は記載不要です。 | | | 入所年月日 | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 配偶者の有無 | | 有　・　無 | | **※**「無」の場合は「配偶者に関する事項」は記載不要です。 | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ  氏名 | |  | | 生年月日 |  |
| 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) | |  | | | |
| 課税状況 | | 市町村民税　　　課税　　・　　非課税 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等の申告 | □ | 生活保護受給者/市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者  〇預貯金、有価証券等の金額合計が1,000万円（夫婦の場合は2,000万円）以下です。 | | | | | | |
| □ | 市町村民税非課税世帯であって、  〇課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が**年額８０万円以下**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。  〇預貯金、有価証券等の金額合計が**650万円（夫婦の場合は1,650万円）**以下です。  　※65歳未満の場合、1,000万円（夫婦の場合は2,000万円）以下です。以下同じ。 | | | | | |  |
| □ | 市町村民税非課税世帯であって、  〇課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が  **年額８０万円を超え１２０万円以下**です。(受給している年金に○して下さい)  〇預貯金、有価証券等の金額合計が**550万円（夫婦の場合は1,550万円）**以下です。 | | | | | |  |
| □ | 市町村民税非課税世帯であって、  〇課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が  **年額120万円以上**です。(受給している年金に○して下さい)  〇預貯金、有価証券等の金額合計が**500万円（夫婦の場合は1,500万円）**以下です。 | | | | | |  |
| 預貯金等に関する  申告 | ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | | | | | |
| 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  ※内容を記入 | |

**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 |  | 本人との続柄 |  |
| 申請者住所 | 連絡先 | | |

|  |
| --- |
| 同　意　書  新庄市長  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、新庄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。  　　　年　　　月　　　日  ＜本人＞  住　所  氏　名  ＜配偶者＞  住　所  氏　名 |

（裏面）

**※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。

1. 預貯金については、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、通帳の写しを添付してください。
2. 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。
3. 虚偽の申告により不正に特定入居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。
4. 認定された場合、適用年月日は申請日が属する月の初日からとなります。

なお、申請日は、申請書を市成人福祉課高齢者福祉推進室で受け付けた日となります。

市記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 年　　月　　日 | 備考（所得分布の状況等を記入） |
| 適用年月日 | 年　　月　　日 |
| 有効期限 | 年　　月　　日 |