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80万9千円以下**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80万9千円を超え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、申請書を新庄市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 |