第25号様式

介護保険負担限度額認定申請書（７月31日まで利用分）

年　　月　　日

長岡市長　様

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名 | 本人との関係 |
| 住所 | 電話番号 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名（本人） |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　明・大・昭　　　　　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(※) | 　　　　　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（内縁関係を含む） | 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 | 　 | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 | 　 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　市町村民課税状況 | 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のみ記入 |

|  |
| --- |
| 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、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。)の課税状況並びに保有する預貯金及び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。年　　　月　　　日　　＜本人＞　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜配偶者＞　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**◎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。**

長岡市記入欄

　下記のとおり決定します。

 (表面)

 (表面からの続き)

○収入及び預貯金等に関する申告

　以下の（１）及び（２）の内容に相違ありません。

|  |  |
| --- | --- |
| （１）収入等に関する申告 | （２）預貯金等に関する申告 |
| □ | 生活保護受給者 | 生活保護受給者は預貯金等に関する申告は不要です。 |
| □ | 市民税世帯非課税であって、老齢福祉年金受給者 | □ | 1,000万円（夫婦2,000万円）以下です。 |
| □ | 市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【遺族年金等※1・障害年金】収入額の合計額が**年額80万円以下**です。**（受給している年金を○で囲んで下さい）** | □ | 650万円（夫婦1,650万円）以下※2です。 |
| □ | 市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【遺族年金等・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。**（受給している年金を○で囲んで下さい）** | □ | 550万円（夫婦1,550万円）以下※2です。 |
| □ | 市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【遺族年金等・障害年金】収入額の合計額が**年額120万円を超え**ます。**（受給している年金を○で囲んで下さい）** | □ | 500万円（夫婦1,500万円）以下※2です。 |

※1　遺族年金等には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。

※2　第２号被保険者の場合は、預貯金等の合計金額が1,000万円（夫婦2,000万円）以下の場合、該当となります。

○預貯金等に関する申告の内訳

|  |
| --- |
| 預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しは、別添のとおり |
| 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 | 　 | 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 | 種　類 | 金融機関及び支店名 | 預貯金額 |
| 預 貯 金 | 有・無 | 　 | 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 |

○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・積立)…通帳等の写し(銀行名・支店名・名義・申請日時点の最終残高が分かる部分)

・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保有している場合は、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。

（裏面）