

裏面にも必ずご記入をお願いします

介護保険負担限度額認定申請書（令和5年度用）

申請先 新座市長

令和 5年 0月 0日

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。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|--------------------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者に関する事項 | フリガナ | ニイザ タロウ | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 新座 太郎 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒352-8623 新座市野火止1-1-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | 048-477-1111 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大(昭) 5年 5月 5日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護保険施設等の所在地及び名称(※) | 所在地 名称 電話番号 () | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 入所(院)年月日(※) | 年 月 日 ※短期入所の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。婚姻届を提出していない事実婚の場合も「配偶者」に含めます。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | ニイザ ハナコ | 市町村民税課税状況 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 新座 花子 | 課税 ・ (非課税) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大(昭) 10年 10月 10日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | ☑被保険者欄と同じ | | 令和5年1月1日に新座市に住民登録がない場合には、非課税証明書の添付が必要です。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 令和5年1月1日現在の住所 | ※現在の住所と異なる場合のみ記入し | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|-------------|----------|
| 同意書 | | 令和5年〇月〇日 |
| <p>介護保険負担限度額認定のための事務に必要なときは、次の事項について同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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ること。 | | |
| <本人> | | |
| 住所 | 新座市野火止1-1-1 | 氏名 新座 太郎 |
| <配偶者> | | |
| 住所 | 新座市野火止1-1-1 | 氏名 新座 花子 |

また、私の利用する事業者に対して、申請の結果及び負担限度額について、情報提供をすることに同意します。
同意しない場合は、右の口に✓を入れてください。 □ 同意しない

(裏面へ)

市記入欄

| | | | |
|------------------------------|----|-------------------------------|------------------------------|
| 市町村民税 | 本人 | ここは記入しないでください | 定 |
| <input type="checkbox"/> 非課税 | | | 段階 |
| <input type="checkbox"/> 課税 | | | 段階 |
| | | | 段階① |
| | | | 段階② |
| 受付者 | | | 無 |
| 前年度分： | | <input type="checkbox"/> 同時申請 | <input type="checkbox"/> 申請済 |

注意事項

- (1) 預貯金等については、複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- (2) 書ききれない場合は余白に記入するか、別紙（任意様式）に記入の上、添付してください。
- (3) 65歳未満の方は、収入等に関係なく、預貯金等の基準額は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。
- (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、支給された額及び支給額の最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

預貯金等に関する申告（本人及び配偶者のみ）

| 種類 | 種目 | 口座名義人 | 金融機関等 | 支店名等 | 金額 |
|-----------------|-------|--------|---------------------------|---------------------|-----------------|
| 預貯金 | 普通・定期 | 本人・配偶者 | 〇〇〇 銀行・農協 信用金庫 労働金庫 | △△△ 支店 本店 出張所 | 439,235円 |
| | 普通・定期 | 本人・配偶者 | ▲▲▲ 銀行・農協 信用金庫 労働金庫 | □□□ 支店 本店 出張所 | 243,567円 |
| | 普通・定期 | 本人・配偶者 | 銀行・農協 信用金庫 労働金庫 | 支店 本店 出張所 | 円 |
| | 普通・定期 | 本人・配偶者 | 銀行・農協 信用金庫 労働金庫 | 支店 本店 出張所 | 円 |
| 有価証券等 | | 本人・配偶者 | | | 円 |
| その他 (負債・現金等) | | 本人・配偶者 | 現金 | | 20,000円 |
| 合 計 | | | | | 702,802円 |

添付が必要な書類

- ・ 預貯金（普通・定期）…通帳のコピー（銀行・支店・口座番号・名義・最終残高（2か月以内）の確認できる部分）
- ・ 有価証券（株式・国債など）、投資信託…証券会社、銀行等の口座残高のコピー
- ・ 負債（借入金・住宅ローンなど）…借用証書のコピー

| 認定要件 | ■第1段階 | 生活保護受給者/市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | |
|------|--------|--|--------------------------------|
| | ■第2段階 | 市民税世帯非課税かつ年金収入額（非課税年金含む）と合計所得金額の合計額が年額80万円以下 | かつ、預貯金等の合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下 |
| | ■第3段階① | 市民税世帯非課税かつ年金収入額（非課税年金含む）と合計所得金額の合計額が年額80万円～120万円 | かつ、預貯金等の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下 |
| | ■第3段階② | 市民税世帯非課税かつ年金収入額（非課税年金含む）と合計所得金額の合計額が年額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 |

※非課税年金…遺族年金（寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金含む）、障害年金

遺族年金・障害年金に関する申告（該当するものに丸をつけてください）

| | | |
|---------------|---------------|----------------------|
| 1 遺族年金を受給している | 2 障害年金を受給している | ③ どちらも受給していない |
|---------------|---------------|----------------------|

| | | |
|---|----------------------------------|--------------------------|
| 申請者 | 氏名 新座 花子 | 電話番号 048-477-1111 |
| | 住所 〒 352-8623 新座市野火止1-1-1 | 本人（被保険者）との関係 妻 |
| 送付先 (右欄のいずれかに✓をしてください) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証記載の住所、氏名あてに送付する <input type="checkbox"/> 申請者の住所・氏名あてに送付する <input type="checkbox"/> 次の住所・氏名あてに送付する 〒 - 氏名 | | |
| この申請書を市役所に持って来られた方又は郵送された方 <input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 左記以外（具体的に：_____） | | |

担当ケアマネジャーの場合は氏名も記入をお願いします。