

(表)

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和 5 年 6 月 22 日

(宛先) 新潟県見附市長

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	ミツケ イチコ	個人番号													
被保険者氏名	見附 市子	被保険者番号								1	2	3	4	5	
生年月日	明・大・昭 15 年 3 月 28 日														
住 所	〒954-8686 見附市昭和町 2-1-1	連絡先	62-1700												
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	〒 名称 連絡先														
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	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、記入不要です。													
配偶者に関する事項	フリガナ	ミツケ マチオ	生年月日	明・大 昭 12 年 4 月 15 日											
	氏 名	見附 町男	個人番号												
	住 所	〒954-8686 見附市昭和町 2-1-1	市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税											
	本年 1 月 1 日現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒													
		連絡先	62-1700												

●収入及び預貯金等に関する申告

以下の(1)および(2)の内容に相違ありません。預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりです。

(1) 収入等に関する申告		(2) 預貯金等に関する申告			
		第 1 号被保険者	第 2 号被保険者		
<input type="checkbox"/>	① 生活保護受給者	世帯の市民税課税状況及び本人の収入、本人(夫婦)の預貯金等について、該当欄に☑してください。			
<input type="checkbox"/>	① 世帯全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	<input type="checkbox"/>	単身 1,000 万円以下 (夫婦 2,000 万円以下)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	世帯 全員が 市町村 民税	<input type="checkbox"/>	単身 650 万円以下 (夫婦 1,650 万円以下)	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	② 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金等※・障害年金】収入額の合計が年額 80 万円以下	<input checked="" type="checkbox"/>	単身 550 万円以下 (夫婦 1,550 万円以下)	第 2 号被保険者 (40 歳以上 64 歳以下)	
<input type="checkbox"/>	③-1 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金等※・障害年金】収入額の合計が年額 80 万円を超え 120 万円以下	<input type="checkbox"/>	単身 500 万円以下 (夫婦 1,500 万円以下)	単身 1,000 万円以下 (夫婦 2,000 万円以下)	
<input type="checkbox"/>	③-2 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金等※・障害年金】収入額の合計が年額 120 万円を超える	<input type="checkbox"/>			
預貯金額	5,789,678 円	有価証券 (評価概算額)	0 円	その他 (現金・負債含む)	() ※ 0 円

※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。

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記入不要です。

申請者氏名	見附 都	連絡先(自宅・勤務先)	61-1350 ※携帯可
申請者住所	〒954-0052 見附市学校町 2-13-30	本人との関係	長女

注意事項

- 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。
- 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

裏面も
記入を
お願い
します

●預貯金に関する申告の内訳

	区分 (○をつけて下さい)	内容 (預貯金等の場合は、金融機関名及び支店名 有価証券等の場合は、種類、銘柄及び株式数量等)	金額
			(株式等の場合は 評価概算額)
(被 保 険 者)	○預貯金・有価証券等・現金・負債等	見附銀行 見附支店	2,456,345 円
	預貯金・有価証券等・現金・負債等		円
	預貯金・有価証券等・現金・負債等		円
	預貯金・有価証券等・現金・負債等		円
配偶者	○預貯金・有価証券等・現金・負債等	見附銀行 見附支店	3,333,333 円
	預貯金		円
	預貯金		円
	預貯金		円
			5,789,678 円

・預貯金金額(普通、定期の合計)を記入して、通帳・証書の写しを添付してください。
 ・有価証券等は現在の評価概算額を記入して、証券会社や銀行口座残高の写しなど価格評価を確認できる書類を添付してください。書類がないと受付できない場合があります。
 ・その他は、ご自宅等の手持ち現金、負債(借金)等を記入して、負債の場合は必ずー(マイナス)をつけてください。

添付書類

預貯金等の要件を確認できる次の書類等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・口座番号がわかる部分と、申請日時点の最終残高および申請日以前2ヶ月分の出入金の内容がわかる部分。)
- ・有価証券等(国債・地方債・株式・投資信託・出資金等)…証券会社や銀行の口座残高等の写し。
- ・負債等(借入金・住宅ローン等)…借用書など

同意書

(宛先) 新潟県見附市長

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、見附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。

令和 5年 6月 22日

<本人> 住所 〒954-8686 見附市昭和町2-1-1

氏名 見附 市子

<配偶者> 住所 〒954-8686 見附市昭和町2-1-1

氏名 見附 町男

住所、氏名を記入して下さい。

見附市記入欄

交付年月日		年 月 日	被保険者区分	1号 ・ 2号
承認	適用年月日	年 月 日 ~ 有効期限	□第1段階 ・ 生活保護受給者 ・ 境界層該当者 ・ 市民税世帯非課税者で老齢福祉年金受給者	
	年 月 日 ~		□第2段階 ・ 市民税世帯非課税者で[合計所得金額+年金収入≤80万円] ・ 境界層該当者	
			□第3段階① ・ 市民税世帯非課税者で[80万円<合計所得金額+年金収入≤120万円] ・ 境界層該当者	
	年 月 日迄		□第3段階② ・ 市民税世帯非課税者で[120万円<合計所得金額+年金収入] ・ 境界層該当者	
却下	□課税	配偶者 無 / 有 □配偶者非課税 ・ 同世帯 ・ 別世帯		
	□資産非該当	□資産該当 ・ 第2号被保険者:[単身1,000万円以下 / 夫婦2,000万円以下] ・ 第2段階 : [単身650万円以下 / 夫婦1,650万円以下] ・ 第3段階① : [単身550万円以下 / 夫婦1,550万円以下] ・ 第3段階② : [単身500万円以下 / 夫婦1,500万円以下]		