

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	
	住所	市町村民課税状況	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。

交付年月日	年 月 日	要介護区分	要支援(1・2)	要介護(1・2・3・4・5)	被保険者区分	1号・2号
承認	適用年月日	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階	・市民税世帯非課税者で高齢福祉年金受給者 ・市民税世帯非課税者で[合計所得金額+課税年金収入+非課税年金収入≤80万円/年]を満たす者 ・境界層該当者	・生活保護受給者 ・境界層該当者		
	年 月 日から	<input type="checkbox"/> 第3段階①	・市民税世帯非課税者で[80万円/年<合計所得金額+課税年金収入+非課税年金収入≤120万円/年]を満たす者 ・境界層該当者			
	有効期限	<input type="checkbox"/> 第3段階②	・市民税世帯非課税者で[合計所得金額+課税年金収入+非課税年金収入>120万円/年]を満たす者 ・境界層該当者			
	年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 配偶者非課税 ・ 同世帯 ・ 別世帯 <input type="checkbox"/> 資産該当	・第2号被保険者:[単身1,000万円超 / 夫婦2,000万円超] ・第3段階①:[単身550万円超 / 夫婦1,550万円超]	・第2段階:[単身650万円以下 / 夫婦1,650万円以下] ・第3段階②:[単身500万円以下 / 夫婦1,500万円以下]		
却下	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 資産非該当	・本人課税 ・世帯員課税 ・別世帯配偶者課税	・第2段階:[単身650万円超 / 夫婦1,650万円超] ・第3段階②:[単身500万円超 / 夫婦1,500万円超]			

(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	
<input type="checkbox"/>	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。	
<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税であって、老齢福祉年金受給者	<input type="checkbox"/>	1,000万円(夫婦2,000万円)以下です。
<input type="checkbox"/>	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)	<input type="checkbox"/>	650万円(夫婦1,650万円)以下※2です。
<input type="checkbox"/>	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)	<input type="checkbox"/>	550万円(夫婦1,550万円)以下※2です。
<input type="checkbox"/>	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)	<input type="checkbox"/>	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
配偶者	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	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)