第26号様式(第19条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

□新規　□更新　□再申請

会津若松市長　あて　　令和　年　月　日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額の認定を申請します。

フリガナ		保険者番号	0720025
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	年　月　日生		
住所	〒 電話番号　（　）		
申請者氏名 (本人以外の場合)	（続柄　）	電話番号	
申請時施設区分 (□にレをつけてください。)	□介護老人福祉施設　□介護老人保健施設　□介護医療院 □短期入所利用　□地域密着型介護老人福祉施設		
介護保険施設の所在地及び名称	電話番号　（　） ※この欄は介護保険施設に入所（入院）しない場合には記入不要です。		
入所年月日	年　月　日 ※この欄は介護保険施設に入所（入院）しない場合には記入不要です。		

配偶者 ※右欄において「無」の場合は記入不要です	配偶者(事実婚を含む)の有無	有・無	市町村民税課税状況	課税・非課税・生活保護受給
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年　月　日	個人番号	
	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)			

収入について

□ ①生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者

□ ②市町村民税世帯非課税者であって
課税年金収入と合計所得金額と【□遺族・□障害】年金収入額の合計額が年間82.65万円以下です。

□ ③市町村民税世帯非課税者であって
課税年金収入と合計所得金額と【□遺族・□障害】年金収入額の合計額が年間82.65万円を超え120万円以下です。

□ ④市町村民税世帯非課税者であって
課税年金収入と合計所得金額と【□遺族・□障害】年金収入額の合計額が年間120万円を超えます。

＊遺族年金には、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。

資産について

□ 預貯金、有価証券等の合計額が①の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、②の方は、650万円(夫婦は1,650万円)、③の方は550万円(夫婦は1,550万円)、④の方は500万円（夫婦は1,500万円）以下です。
※第２号被保険者（40歳以上64歳以下)の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。

預貯金額	Ⓐ　円	有価証券・信託	Ⓑ　円	その他(現金・負債を含む)	Ⓒ　円

※資産については、裏面申告書に記載の上、預貯金、有価証券、負債にかかる通帳等の写しを添付してください。

※上記に記載した金額については、裏面の資産申告額の各項目の合計と同額となるように記載してください。

【注意】1.この申告書における「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.年度途中において税更正等を行った場合は、遡って、負担限度額段階を変更する場合があります。

市 記入欄

添付書類	□同意書(押印の確認を含む)　□通帳等の写し(裏面記載分全て) □税証明(他市町村に居住している配偶者)	備考		入力
判定結果	□該当　有効期間（　年　月　日～　年　月　日） □非該当			
所得状況等	第　段階			受付
給付制限（有・無）	生保受給（有・無）	非課税年金	老福年金	（　）人世帯
年　月　日～　年　月　日	年　月　日～　年　月　日	遺・障	有・無	課税・非課税
本人（　） 課税・非課税	配偶者課税状況 課税・非課税	資産状況 合計（　）該当・非該当		

裏面もご記入ください

収入等申告書

1　預貯金額

番号	預貯金先	対象	預貯金額	市確認
1	〔　　支店〕	本・配	円	
2	〔　　支店〕	本・配	円	
3	〔　　支店〕	本・配	円	
4	〔　　支店〕	本・配	円	
5	〔　　支店〕	本・配	円	
6	〔　　支店〕	本・配	円	
7	〔　　支店〕	本・配	円	
8	〔　　支店〕	本・配	円	
9	〔　　支店〕	本・配	円	
10	〔　　支店〕	本・配	円	
合計			Ⓐ　　円	

2　有価証券・信託

番号	種類	対象	評価概算額	市確認
1		本・配	円	
2		本・配	円	
3		本・配	円	
4		本・配	円	
5		本・配	円	
合計			Ⓑ　　円	

3　その他

番号	貸　主	名　目	対象		市確認
1			本・配	円	
2			本・配	円	
3			本・配	円	
4			本・配	円	
5			本・配	円	
現　金　等			被保険者（本人）	円	
			配偶者	円	
合計			Ⓒ	円	

注１）配偶者が他の市町村に居住している場合は、税証明書を添付してください。
注２）預貯金等については、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等の写しを添付してください。
　　書き切れない場合は、別紙に記入の上添付してください。
注３）預貯金額等については、金融機関等に照会することがあります。
注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、支給された額および最大２倍の加算金を返還していただくことがあります。