

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

交野市長 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。

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|----------------|---|---|------|-------------------|------|--|--|--|---|--|--|
| フリガナ | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 性 | 別 | 男 ・ 女 | | | | | | | |
| 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は不要です。 | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | 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のみ記入 | | | | | | | | | | | |
| | 課税状況 | 市町村民税 課税 ・ 非課税 | | | | | | | | | | | |
| 収入等に関する申告 | <input type="checkbox"/> ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。※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。以下同じ。 | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。 | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。 | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。（「その他」は、資産の内容と金額を記入してください。） ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤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 （評価概算額） | 円 | | その他 （現金・負債を含む） | （ ）※ | | | | 円 | | |

※申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

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

- 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所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- 書ききれない場合は、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。
 - 虚偽の申請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。

※被保険者の本年1月1日の住所が交野市以外の方は下記に住所をご記入ください。

1月1日の住所(

)

同意書

交野市長 様

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、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などに伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

市記入欄

| 確認 | 備考 |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 通帳等の写し <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> その他（ ） | 【利用者負担段階】 食 費： 第 段階 居住費： 第 段階 |

| 審査 | | 決定 |
|---------------|----------|---------|
| 本人世帯 | 非課税 ・ 課税 | 承認 ・ 却下 |
| 配偶者 | 非課税 ・ 課税 | |
| 資産 | 範囲内 ・ 超過 | |
| 適 用 期 間 | | |
| 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |