

介護保険負担限度額認定申請書

令和5年8月～令和6年7月

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		