

## 「負担限度額認定申請書」の記入方法及び注意事項について

交野市長 様 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                                                                                                                                     |                | ①                                                 |      |   |  |                 |  |       |  |  |  |
| 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                                                                                                                             |                |                                                   |      |   |  |                 |  |       |  |  |  |
| 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        |                                                                                                                                           | ③              |                                                   |      |   |  |                 |  |       |  |  |  |
|                          | 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                |             | ④                                                                                                                                         |                |                                                   |      |   |  |                 |  |       |  |  |  |
|                          |             | <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 9 千円以下です。※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 9 千円を超え、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。                                          |                |                                                   |      |   |  |                 |  |       |  |  |  |
| 預貯金額                     |             | 円                                                                                                                                         |                | 有価証券<br>(証券価額)                                    |      | 円 |  | その他<br>(現金・負債を) |  | ( ) ※ |  |  |  |
| ⑤⑥は裏面の説明をご覧ください。         |             |                                                                                                                                           |                |                                                   |      |   |  |                 |  |       |  |  |  |
| 申請者氏名                    |             | ⑥                                                                                                                                         |                |                                                   |      |   |  |                 |  |       |  |  |  |
| 申請者住所                    |             |                                                                                                                                           |                |                                                   |      |   |  |                 |  |       |  |  |  |

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。

① 被保険者氏名・被保険者番号・生年月日・性別・住所・個人番号を記入してください。

※個人番号の記入が難しい場合は空欄のままだでも結構ですが、記入される際には別紙（個人番号の取扱について）をご参照ください。

**※本年 1 月 1 日の住所が交野市以外の方は、1 月 1 日現在の住所もご記入ください。**

② 特別養護老人ホーム等の介護保険施設に入所されている方は、入所先の施設名・所在地・入所年月日を記入してください。ショートステイをご利用の場合は記入不要です。

※生活保護受給中の方は、「配偶者に関する事項」の記入は不要です。

## ○配偶者に関する事項

③ 配偶者がいる場合は、「有」に○をつけ、配偶者の氏名、生年月日、個人番号、配偶者の市民税の課税状況等を記入してください。配偶者がいない場合は、「無」に○をつけてください。その場合、配偶者の氏名等の記入は不要です。  
※個人番号の記入が難しい場合は空欄のままでも結構ですが、記入される際には別紙（個人番号の取扱について）をご参照ください。  
**（配偶者の有無は、決定に必要な情報ですので必ず記入してください。）**

配偶者に含まれるもの

- ・婚姻届を提出していない事実婚
- ・長期の別居や事実上離婚状態にあるもの

※DV 防止法における配偶者からの暴力があった場合と行方不明の場合は配偶者の所得は勘案しません。その場合、配偶者は「有」に○をつけ、その内容を記載した申立書（任意様式）をご提出ください。

※本人が市民税非課税世帯に属している場合でも、配偶者が課税されている場合は、負担限度額の適用を受けることができません。

## ○収入等に関する事項

④本人の収入状況について、該当する項目の□に「レ」を記入してください。  
遺族年金・障害年金を受給の場合は該当する年金に○をつけてください。

**※裏面もあります**

## 裏 面

### 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。

⑦

年 月 日

<本人>

住所

氏名

### ◎ご注意ください！

配偶者や預貯金等に関して虚偽の申告を行ない、不正に介護給付を受けた場合には、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。

市記入欄

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

記入不要です

適 用 期 間

年 月 日 ~ 年 月 日

## ○預貯金等に関する事項

- ⑤ 預貯金等の資産状況について記入してください。配偶者がいる場合は配偶者に係る預貯金等についても記入してください。  
（夫婦以外の世帯員に係る資産については記入不要です。）  
記入欄が足りない場合は、余白に記入するか、別紙に記入の上、添付してください。

※預貯金等の合計額（負債額は差し引きます。）が配偶者無の場合、  
1, 0 0 0万円、配偶者有の場合、2, 0 0 0万円を越える場合は、  
負担限度額の適応を受けることができません。

- ◎預金等の資産状況については、その金額が確認できる書類を添付してください。申告が必要な資産と、添付が必要な書類については、以下のとおりです。

| 種類                                           | 添付書類など                                                                                                  |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 預貯金（普通・定期）                                   | 通帳の写し（2 ページ分）<br>① 口座名義等の記載のページ（通帳表紙の裏面）<br>② 口座残高のページ（普通預金であれば、最終の記帳ページ）※原則として申請日から <u>直近2か月以内</u> のもの |
| 有価証券（株式・国債・地方債・社債等）                          | 証券会社や銀行の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）                                                                            |
| 投資信託                                         | 銀行・信託銀行・証券会社等の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）                                                                      |
| 金・銀（積立購入を含む）など、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属 | 購入先の銀行等の口座名義等と口座残高の記載箇所の写し（ウェブサイトの写しも可）                                                                 |
| タンス預金（現金）                                    | 自己申告                                                                                                    |
| 負債（借入金・ローン等）                                 | 借用証書等                                                                                                   |

- ⑥ ご本人以外の家族が提出される場合に、提出者の氏名、ご本人との関係、連絡先等を記入してください。

- ⑦ 本人が署名してください。署名ができない場合は、代筆である旨記入し、代筆者の氏名、続柄を追記してください。

（代筆例） ○○ ○○ 代筆者 ○○ △△ 妻

また、配偶者が有の場合は、預貯金等の有無に関わらず、配偶者も署名してください。