様式第１７号

**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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | □ | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 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、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 |
| □通帳等の写し  □同意書  □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 | | |