

介護保険負担限度額認定申請書

泉大津市長様

押印は不要です

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）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ	イズミオオツ タロウ	保険者番号	2	7	2	0	6	2
被保険者氏名	泉大津 太郎	被保険者番号	0	0	0	0		
生年月日	明・大昭 ○○年 ○○月 ○○日	個人番号 (マイナンバー)						
住所	〒595-8686 泉大津市○○町○番○号	<ul style="list-style-type: none"> 同一世帯でない配偶者 婚姻の届出をしていないが、 事実上婚姻関係と同様の事情にある方 (内縁関係) も「有」になります。 						
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒595-8686 泉大津市○○町○番○号	<p>(※) 介護保険施設に入所(院)していない場合 ショートステイを利用している場合は、記入不要</p> <p>個人番号が、わからない等に より空白であっても、申請書 は受け付けます。</p>						
入所(院)年月日(※)	平・令 年 日							
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」について記載不要です。						
配偶者に関する事項	フリガナ イズミオオツ ハナコ 氏名 泉大津 花子 生年月日 明・大昭 ○○年 ○○月 ○○日	個人番号 (マイナンバー)						
住 所	被保険者の住所と異なる場合に記入 〒595-8686 泉大津市○○町○番○号	<p>配偶者の課税状況について、どちらかに ○をつけてください。 分からぬ場合は、空欄でも受け付けます。</p>						
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	1月1日現在の住所が上記と異なる場合のみ記入してください。							
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税							
収入等に関する申告	<p><input type="checkbox"/> ①生活保護受給者 / <input type="checkbox"/> ②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者</p> <p><input type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税 円以下です。 ※ 寡婦年金、かみなし年金</p> <p><input checked="" 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80万9千円を超える、120万円以下です。</p> <p><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】の収入額が年額80万9千円を超える。</p> <p>収入・年金額・預貯金等について、該当するものに「レ」点をつけてください。 分からぬ場合は、空欄でも受け付けます。</p>							
預貯金等に関する申告	<p><input type="checkbox"/> 預貯金等の合計と一致していること。 ※預貯金等の合計と一致していること。</p> <p>1円単位まで記入してください。 ④の方は2000万円、③の方は1500万円以下です。 ②の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。</p> <p>無くても「0」と記入してください。 空白では受付できません。</p>							
	預貯金額	1,234.56 円	有価証券 (評価概算額)	0 円	その他 (現金・負債を含む)	（住宅ローン） ▲300,000 円 ※内容を記入して下さい		

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 泉大津 一郎	連絡先(自宅・勤務先) 〒595-8686 泉大津市○○町○番○号
申請者住所 〒595-8686 泉大津市○○町○番○号	本人以外の方が申請する場合 のみ記入してください。

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保有している場合は、そのすべてを記入してください。
- 書き切れない場合は、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項の規定により金を返還していただきます。

※成年後見人は、この欄は記入不要。
「被保険者氏名」欄の余白に「成年後見人○○」と記名し、申請者住所欄に成年後見人の連絡先をご記入ください。

金を返還していただ

裏面(同意書)も必ず記入してください。記入がない場合は申請書を受付できません。

同意書

泉大津市長 殿

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等に伝えて構いません。

令和6年〇月〇日

<本人>

住所

泉大津市〇〇町〇番〇号

被保険者の氏名

（配偶者がいる場合は、配偶者も）の記入
が必要です。

氏名

泉大津 太郎

<配偶者>

住所

泉大津市〇〇町〇番〇号

「同上」は不可です。

住所をご記入ください。

氏名

泉大津 花子**この部分は記入不要です。**

泉大津市処理欄

	<input type="checkbox"/> 第1段階	<input type="checkbox"/> 第2段階	<input type="checkbox"/> 第3段階①	<input type="checkbox"/> 第3段階②	<input type="checkbox"/> 非該当
所属世帯課税状況等	<input type="checkbox"/> 非課税世帯	<input type="checkbox"/> 課税世帯	<input type="checkbox"/> 配偶者の課税状況・資産の勘案により非該当		
給付制限の有無	<input type="checkbox"/> 給付制限なし	<input type="checkbox"/> 給付制限中			
交付年月日	令和 年 月 日	決 裁	課 長	課長補佐	係 長
適用年月日	令和 年 月 日				主 査
有効期限	令和 年 月 日				係 員