

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 〇〇年 〇〇月 〇〇日		個人番号 (マイナンバー)										
住 所	〒595-8686 泉大津市〇〇町〇番〇号		電話番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇									
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒595-8686 泉大津市〇〇町〇番〇号												
入所(院)年月日(※)	平・令 年 月 日		(※)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	イズミオオツ ハナコ											
	氏 名	泉大津 花子											
	生 年 月 日	明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日		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 泉大津市〇〇町〇番〇号											
	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	<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世帯で、課税世帯の合計所得金額の合計額が年額 80 万 9 千円以下です。(受給者) ※ 寡婦年金、かんきつ年金等を受給している場合は、収入額を記入してください。											
	<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、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】の収入額が年額 80 万 9 千円を超えます。											
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	1円単位まで記入してください。預貯金等の合計と一致していること。											
	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					

・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。

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。

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。  
分からない場合は、空欄でも受け付けます。

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。

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)	〇〇〇〇
申請者住所	〒595-8686 泉大津市〇〇町〇番〇号	本人以外の方が申請する場合のみ記入してください。	子

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 項の規定に基づき、支給された費用を返還していただくことがあります。

※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「成年後見人〇〇」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。

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

氏名 泉大津 太郎

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。

<配偶者>

住所 泉大津市〇〇町〇番〇号

氏名 泉大津 花子

「同上」は不可です。  
住所をご記入ください。

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	主 査	係 員
適用年月日	令和	年	月	日						
有効期限	令和	年	月	日						