

介護保険負担限度額認定申請書

泉大津市長 様

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				保険者番号						2	7	2	0	6	2
被 保 険 者 名 氏				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		〒 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(※)		平・令 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	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 〒 電話番号[— —]													
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)														
	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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80 万 9 千円以下です。 (受給している年金に○して下さい。以下同じ。) ※ 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 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。													
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)、③の方は 650 万円(夫婦は 1650 万円)、④の方は 550 万円(夫婦は 1550 万円)、⑤の方は 500 万円(夫婦は 1500 万円)以下です。 ※第 2 号被保険者(40 歳以上 64 歳以下)の場合、③～⑤の方は 1000 万円(夫婦は 2000 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 ※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	連絡先 (自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

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、通帳等の写しを添付してください。
○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。

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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

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						