

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	性	別	男 ・ 女							
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）												
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"/> 生活保護受給者／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"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額（課税年金に係る雑所得を除いた額）と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円以下です。 <small>※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。</small>												
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額（課税年金に係る雑所得を除いた額）と【遺族年金・障害年金】の合計額が年額 80 万円を超え、120 万円以下です。												
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額（課税年金に係る雑所得を除いた額）と【遺族年金・障害年金】の合計額が年額 120 万円を超えます。												
	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		
※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり													

※内容を記入してください

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			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
<input type="checkbox"/> 通帳等の写し <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 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		