

介護保険負担限度額認定申請書

令和 6 年 8 月～令和 7 年 7 月

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			