

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

羽曳野市長 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	〒 ー		連絡先																	
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)			連絡先																	
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	〒 ー		連絡先																
	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 【第1段階】																		
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、 年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 【第2段階】 ※ 年金収入には非課税年金を含みます。																		
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、 年金収入額と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。 【第3段階①】 ※ 年金収入には非課税年金を含みます。																		
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、 年金収入額と合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。 【第3段階②】 ※ 年金収入には非課税年金を含みます。																		
非課税年金に関する申告	非課税年金受給の有無 【 有 ・ 無 】		左記において「無」の場合は、以下の「年金の種類」、「年金保険者」については、記載不要です。																
	年金の種類	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 (受給している年金にチェックして下さい)	※非課税年金には、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。 (恩給は含みません。)																
	年金保険者	日本年金機構 ・ 地方公務員共済 国家公務員共済 ・ 私学共済	※受給している全ての年金の保険者に ○してください。																

◎裏面（預貯金申告欄・同意書欄）に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

市役所使用欄

承認する ・ 承認しない (本人課税 ・ 世帯員課税 ・ 配偶者 ・ 資産)				
1段階	2段階	3段階①	3段階②	4段階
備考欄				

◎預貯金等に関する申告

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下記◎預貯金等の合計金額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり
	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) ()※ ※内容を記入して下さい

◎預貯金等の合計金額

- ・第1段階：預貯金等が単身1,000万円、夫婦2,000万円以下
- ・第2段階：預貯金等が単身650万円、夫婦1,650万円以下
- ・第3段階①：預貯金等が単身550万円、夫婦1,550万円以下
- ・第3段階②：預貯金等が単身500万円、夫婦1,500万円以下

○必要書類

預貯金等の要件を確認できる次の書類などを添付してください。

- ・預貯金(普通・定期)…通帳の写し(銀行名・支店名・口座番号・名義、最終残高(2ヶ月前まで)の分かる部分)
- ・有価証券(株式・国債など)…証券会社や銀行の口座残高の写し
- ・負債(借入金・住宅ローンなど)…借用書など

同意書

羽曳野市長 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等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

(※)

<配偶者>

住所

氏名

(※)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

【申請書提出者欄】

申請書提出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	本人との関係
申請者住所	連絡先

注意事項

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。