

新規	更新
----	----

## 介護保険負担限度額認定申請書

泉佐野市長 様

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			被保険者番号	0	0	0	0													
被保険者氏名			個人番号																	
生年月日	明・大・昭 年 月 日																			
住所	〒		電話番号																	
介護保険施設の所在地及び名称	特養・老健・介護医療院・地域密着型特養・短期																			
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	明・大・昭・平 年 月 日		個人番号																
	住所	〒																		
	本年1月1日現在の住所 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であって、年金収入等が年額80.9万円以下です。
	<input type="checkbox"/>	④ 市町村民税世帯非課税であって、年金収入等が年額80.9万円を超え、120万円以下です。
	<input type="checkbox"/>	⑤ 市町村民税世帯非課税であって、年金収入等が年額120万円を超えます。

※年金収入等：公的年金等収入金額（非課税年金を含む）＋その他の合計所得金額

※非課税年金：遺族年金（寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む） ・ 障害年金

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は、次の基準以下です。 ②に該当する方：単身1,000万円（夫婦2,000万円） ③に該当する方：単身650万円（夫婦1,650万円） ④に該当する方：単身550万円（夫婦1,550万円） ⑤に該当する方：単身500万円（夫婦1,500万円） ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の方：単身1,000万円（夫婦2,000万円）																	
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他(現金・負債含む)	( )	円												

申請者氏名			被保険者との関係		
申請者住所	〒	電話番号	事業所名		

注意事項

**※裏面も記載してください**

- (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所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- (3) 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。
- (4) 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。

交付年月日	年 月 日	認定	<input type="checkbox"/> 1段階（生保・老福）	<input type="checkbox"/> 2段階	<input type="checkbox"/> 3段階①	<input type="checkbox"/> 3段階②
適用年月日	年 月 日	却下	<input type="checkbox"/> 4段階（本人・配偶者・世帯）	<input type="checkbox"/> 預金超過・配偶者課税		
		住所地特例（該当 ・ 非該当）				

## 同意書

泉佐野市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要がある時は、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(被保険者)>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名