

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	イズミオオツ タロウ		保険者番号							2	7	2	0	6	2
被保険者氏名	泉大津 太郎		被保険者番号	0	0	0	0								
生年月日	明・大・昭	〇〇年 〇〇月 〇〇日	個人番号 (マイナンバー)												
住所	〒595-8686 泉大津市〇〇町		電話番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇											
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒595-8686 泉大津市〇〇町		個人番号が、わからない等により空白であっても、申請書は受け付けます。												
入所(院)年月日(※)	平・令	年	日	(*)介護保険施設に入所(院)していない場合、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		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	イズミオオツ ハナコ													
	氏名	泉大津 花子													
	生年月日	明・大・昭	〇〇年 〇〇月 〇〇日	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 〒595-8686 泉大津市〇〇町〇番〇号		配偶者の課税状況について、どちらかに○をつけてください。分からない場合は、空欄でも受け付けます。											
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	1月1日現在の住所が上記と異なる場合のみ記入してください。														
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す。(受給していません) ※ 寡婦年金、か... ④の合計所得金額の合計額が年額 80 万円以下											
	<input checked="" 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】の収入額が年額 80 万円を超えます。											
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>			1円単位まで記入してください。預貯金等の合計と一致していること。											
	預貯金額	1.234.56 円		有価証券 (評価概算額)	0 円		その他 (現金・負債を含む)	(住宅ローン)※ ▲300,000 円 ※内容を記入して下さい							

押印は不要です

同一世帯でない配偶者・婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある方(内縁関係)も「有」になります。

個人番号が、わからない等により空白であっても、申請書は受け付けます。

配偶者の課税状況について、どちらかに○をつけてください。分からない場合は、空欄でも受け付けます。

1月1日現在の住所が上記と異なる場合のみ記入してください。

収入・年金額・預貯金等について、該当するものに「レ」点をつけてください。分からない場合は、空欄でも受け付けます。

無くても「0」と記入してください。空白では受付できません。

1円単位まで記入してください。預貯金等の合計と一致していること。

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	泉大津 一郎	連絡先(自宅・勤務先)	〇〇〇〇
申請者住所	〒595-8686 泉大津市〇〇町〇番〇号	本人以外の方が申請する場合のみ記入してください。	子

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、支給された費用を返還していただくことがあります。

※成年後見人は、この欄は記入不要。「被保険者氏名」欄の余白に「成年後見人〇〇」と記名し、申請者住所欄に成年後見人の連絡先をご記入ください。

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。

令和6年〇月〇日

<本人>

住所 泉大津市〇〇町〇番〇号

氏名 泉大津 太郎

被保険者の氏名
（配偶者がいる場合は、配偶者も）の記入
が必要です。

<配偶者>

住所 泉大津市〇〇町〇番〇号

氏名 泉大津 花子

「同上」は不可です。
住所をご記入ください。

この部分は記入不要です。

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						