

和泉市介護保険負担限度額認定申請書

和泉市長あて
次のとおり関係書類を添えて食費・居住費（滞在費）に係わる負担限度額認定を申請します。 年 月 日

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号															
	氏 名	※申請者(被保険者)が自署しない場合は、 被保険者氏名横に、被保険者の押印をしてください。	個人番号															
			生年月日	年 月 日														
	住 所	〒 電話番号																

① 現在(申請書を記入する日)の状況に該当する番号に、○を付けてください。

現在の状況	1. 介護保険施設に入所(予定)している。⇒ 下欄を記入し、②に進んでください。 2. 介護保険施設に入所していない。(ショートステイを利用している場合を含む)⇒ ②に進んでください。
施設の名称	
施設の住所	
入所(予定)年月日	年 月 日

② 現在(申請書を記入する日)の配偶者の状況に該当する番号に、○を付けてください。

現在の状況	1. 配偶者がいる。(内縁関係を含む) ⇒ 下欄を記入し、③に進んでください。 2. 配偶者がいない。(内縁関係を含む) ⇒ ③に進んでください。		
配偶者のフリガナ		配偶者の課税状況	1. 課税 2. 非課税
配偶者の氏名		生年月日	年 月 日
1月1日時点の住所	☐ 被保険者の住所と同じ。		
	☐ 被保険者の住所と同じではない。⇒ 下欄に住所を記入してください。		
	〒		

③ 現在(申請書を記入する日)の預貯金等の合計額を、それぞれ1円単位で記入してください。
※該当がない場合は、各欄に「0円」とご記入ください。

本 人	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債等)	内容: 円
配偶者	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債等)	内容: 円

裏面の④以降も、必ずご記入ください。⇒

市 記 入 欄	☐ 生活保護適用(開始年月日: 年 月 日) ☐ 境界層該当(保護却下/廃止日: 年 月 日) ☐ 住所地特例 ☐ 1月1日現在住民票あり ☐ 介護認定あり	決定段階	1・2 3-①・3-②・4
	【確認事項】 ☐ 市町村民税非課税世帯 ☐ 配偶者(有/無) ☐ 資産要件	【不承認理由】 ☐ 市町村民税課税世帯 ☐ 資産要件超過 ☐ ()	

④ 該当する方にチェックを入れてください。

現在の状況	☐ 私は生活保護者である。(非課税世帯の老齢福祉年金受給者も含む)									
	☐ 私は世帯に市町村民税が課税されている者はおらず、配偶者も非課税である。 かつ、預貯金・有価証券等が、下表の資産要件に該当している。									
	＜資産要件＞									
	<table><thead><tr><th>対象者</th><th>資産額</th></tr></thead><tbody><tr><td>本人の年金収入額と、その他の合計所得金額の合計額が、80万円以下</td><td>650万円以下</td></tr><tr><td>本人の年金収入額と、その他の合計所得金額の合計額が、80万円超120万円以下</td><td>550万円以下</td></tr><tr><td>本人の年金収入額と、その他の合計所得金額の合計額が、120万円超</td><td>500万円以下</td></tr><tr><td>本人の年齢が40歳～64歳</td><td>1,000万円以下</td></tr></tbody></table> ※配偶者がいる場合は、上記の資産額に対し、一律に 1,000万円を加算した金額になります。 ※年金収入額には、課税年金だけではなく、非課税年金(遺族年金・障害年金等)も含まれます。	対象者	資産額	本人の年金収入額と、その他の合計所得金額の合計額が、80万円以下	650万円以下	本人の年金収入額と、その他の合計所得金額の合計額が、80万円超120万円以下	550万円以下	本人の年金収入額と、その他の合計所得金額の合計額が、120万円超	500万円以下	本人の年齢が40歳～64歳
対象者	資産額									
本人の年金収入額と、その他の合計所得金額の合計額が、80万円以下	650万円以下									
本人の年金収入額と、その他の合計所得金額の合計額が、80万円超120万円以下	550万円以下									
本人の年金収入額と、その他の合計所得金額の合計額が、120万円超	500万円以下									
本人の年齢が40歳～64歳	1,000万円以下									

⑤ 申請に関する連絡先を記入してください。

申請者氏名			
本人との関係		申請者電話番号	
申請者住所	☐ 被保険者の住所と同じ。		
	☐ 被保険者の住所と同じではない。⇒ 下欄に住所を記入してください。		
	〒		

⑥ 各機関への照会にかかる同意書を記入してください。

同意書

和泉市長あて

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、照会す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かまいません。

年 月 日

＜ 被保険者(本人) ＞

住所

氏名

＜ 被保険者の配偶者 ＞

住所

氏名

※ご家族等が代筆する場合の注意点

同意書には、被保険者・被保険者の配偶者の、住所および氏名をご記入ください。
(代筆の場合は、本人および配偶者の氏名の横に、それぞれの押印をしてください。代筆者の氏名等の記入は不要です。)

※成年後見人等(成年後見人、保佐人、補助人)が記入する場合の注意点

同意書には、「〇〇〇〇(被保険者名)の成年後見人△△△△(成年後見人等名)」と記入し、
登記事項証明書等の代理権を証する書類を添付してください。

※同意書に基づく資産調査の結果、不正に負担軽減を受けたことが明らかになった場合は、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、加算金を課されることがあります。ご注意ください。