

## 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

フリガナ			被保険者番号										
被保険者氏名			個人番号										
			性別	男					女				
			生年月日	年			月		日				
住所	〒		電話番号										
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」については記入不要です。												
配偶者に関する事項	フリガナ			生年月日	年			月		日				
	氏名			個人番号										
	住所	〒		電話番号										
	本年1月1日の住所	〒		※現住所と異なる場合は、本年1月1日の住所を記入してください。										
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税												

収入等と預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 / 老齢福祉年金受給者で世帯全員が市町村民税非課税です。				受給している全ての年金の保険者に○してください。  ・日本年金機構  ・地方公務員共済  ・国家公務員共済  ・私学共済
	<input type="checkbox"/>	・本人を含む世帯全員が市町村民税非課税で、かつ本人の課税年金収入金額と合計所得金額と【遺族年金 * ・障害年金】収入額の合計が年額80万円以下です。 ・預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円以下(夫婦で1,650万円以下)です。				
	<input type="checkbox"/>	・本人を含む世帯全員が市町村民税非課税で、かつ本人の課税年金収入金額と合計所得金額と【遺族年金 * ・障害年金】収入額の合計が年額80万円超120万円以下です。 ・預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円以下(夫婦で1,550万円以下)です。				
	<input type="checkbox"/>	・本人を含む世帯全員が市町村民税非課税で、かつ本人の課税年金収入金額と合計所得金額と【遺族年金 * ・障害年金】収入額の合計が年額120万円超です。 ・預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円以下(夫婦で1,500万円以下)です。				
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債含む)	※1 ( ) 円

※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり。  
 (\*寡婦、かん夫、(準)母子、遺児年金は遺族年金に含みます。)

※1内容を記入してください。

申請者が本人の場合には、下記は記入不要です。

申請者氏名	電話番号(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

- 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の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、その全てを記入し通帳等の写しを添付してください。
  - (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。

## 同意書

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

<本人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名

※申請者（被保険者）及び、その配偶者が自署しない場合は、記名押印をしてください。