

記入例

表面、裏面とも必ず両方ご記入ください。

介護保険負担限度額認定申請書

令和4年8月1日

(宛先)箕面市長

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	ミノオ タロウ		被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
被保険者氏名	箕面 太郎		個人番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
生年月日	昭和10年 1 月 1 日															
住所	〒562-0003 箕面市西小路4-6-1											連絡先 072-724-6860				
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	ミノオ ハナコ		生年月日	昭和12年 1 月 1 日											
	氏名	箕面 花子		個人番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	住所	〒562-0003 箕面市西小路4-6-1											連絡先 072-724-6860			
	本年1月1日現在の住所	※現住所と同一の場合は記入不要														
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税															

収入等に関する申告		預貯金等に関する申告	
<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	預貯金、有価証券等の金額の合計額が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。	
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。	預貯金、有価証券等の金額の合計額が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。	
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他合計所得金額の合計額が年額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額が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。	
<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他合計所得金額の合計額が年額120万円超です。	預貯金、有価証券等の金額の合計額が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。	
非課税年金(遺族年金※、障害年金)を <input checked="" type="checkbox"/> 受給しています。 <input type="checkbox"/> 受給していません。 (「受給している年金に○をしてください。') ※遺族年金には、養育費			
預貯金等の内訳	※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	300万円	有価証券(評価概算額)	

遺族年金または障害年金を受給されているかたは、受給している年金に○してください。

注意事項

- この申請書における「世帯」とは、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。
- 第2号被保険者は、2,000万円以下です。
- 預貯金等には、別添のとおり写しを添付してください。預貯金等の写しは、通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れなかった場合は、別添のとおり写しを添付してください。
- 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。

配偶者「有」のかたは、配偶者の資産についても勘案しますので、本人と配偶者の合計額を記入してください。

裏面の同意書にも記入してください。

交付年月日	適用年月日	有効期限	審査結果	利用者負担段階
年 月 日	年 月 日から		承認 不承認	第 段階
上記のとおり決定いたしてよろしいか。			参事	担当者
				担当者
年 月 日				

記入不要

(裏)

同意書

(宛先)箕面市長

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、箕面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。

こちらにも必ず両方ご記入ください。

令和4年 8月 1日

<本人>

住所 〒562-0003 箕面市西小路4-6-1

氏名 箕面 太郎

<配偶者>

住所 〒562-0003 箕面市西小路4-6-1

氏名 箕面 花子

被保険者本人以外が申請する場合は、以下の委任状を記入し、代理人(申請者)の本人確認書類を添付してください。

委任状

(宛先)箕面市長

被保険者本人以外のかたが代理で申請する場合は
こちらの欄もご記入ください。

<委任者(被保険者)>

住所 〒562-0003 箕面市西小路4-6-1

氏名 箕面 太郎

私は、下記の者を代理人と定め、介護保険負担限度額認定の申請に関する権限を委任します。

<代理人(申請者)>

住所 〒562-0003 箕面市西小路4-6-1

氏名 箕面 花子

委任者(被保険者)との関係 配偶者

電話番号 072-724-6860