

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 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			被保険者番号																
被保険者氏名			個人番号																
生年月日	年 月 日																		
住所	連絡先																		
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			生年月日	年 月 日														
	氏名			個人番号															
	住所	連絡先																	
	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80万9,000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80万9,000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 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 受給しています。 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、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。

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	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む。)	() ※円

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。
- 第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、預貯金等の上限額は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。
- 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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。

裏面の同意書にも記入してください。

市記入欄

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	年 月 日まで	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。				
年 月 日				

- 本人：郵送 使者 代理人：委任状 申述書
- 個人番号：カード システム 職権記載
- 本確：免許 マカ パス 手帳 被保 通帳 他
- 代確：免許 被保 他

(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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

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

<委任者(被保険者)>

住所

氏名

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

氏名

委任者(被保険者)との関係

電話番号