

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

摂津市長 様

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	0 0 0 0					
被保険者氏名			性別	男			女		
生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号				
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(※)	平・令	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。				
課税状況	市町村民税	課税	・	非課税	※課税の場合、負担限度額認定対象外となります(生活保護受給者を除く)。				

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								
	氏名								
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号			
	住所	連絡先							
	本年1月1日時点で現住所と異なる場合のみ記入								
課税状況	市町村民税	課税	・	非課税	※課税の場合、負担限度額認定対象外となります(生活保護受給者を除く)。				

①収入等に関する申告及び	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者/市町村民税世帯非課税で高齢福祉年金受給者 ②預貯金、有価証券等の金額の合計が 単身で1,000万円(夫婦で2,000万円)以下							
	<input type="checkbox"/>	①市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の 合計額が年額80万円以下 ②預貯金、有価証券等の金額の合計が 単身で650万円(夫婦で1,650万円)以下							
②預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の 合計額が年額80万円超え、120万円以下 ②預貯金、有価証券等の金額の合計が 単身で550万円(夫婦で1,550万円)以下							
	<input type="checkbox"/>	①市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の 合計額が年額120万円超え ②預貯金、有価証券等の金額の合計が 単身で500万円(夫婦で1,500万円)以下							
※①②両方の条件を満たす場合のみ□に✓		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)	内容:)		

※遺族年金……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。

※2号被保険者の方は、①の金額に関わらず、②の要件が「単身で1,000万円(夫婦で2,000万円)以下」に統一されます。

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	連絡先
申請者住所	本人との関係

※ウラ面もご記入下さい。

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、そのすべてを記入してください。
- (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。

◎以下市役所記入欄

承認(第1段階・第2段階・第3段階①・第3段階②)	不承認(第4段階)
交付年月日: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人課税
適用年月日: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 世帯・配偶者課税
有効期限: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 預貯金等基準超過

担当者印