

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) 東大阪市長

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 被保険者氏名			被保険者番号			
			マイナンバー 個人番号			
生年月日	明・大・昭・西暦 年 月 日					
住 所	〒 -		電話番号 ( )			
介護保険施設等の 名称及び所在地 (※)	電話番号 ( ) (施設名)		〒 - (所在地)			
施設入所年月日 (※)	年 月 日		(※)介護保険施設等に入所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	明・大・昭・平・西暦 年 月 日	
	氏 名			マイナンバー 個人番号		
	住 所	〒 -		電話番号 ( )		
	本年1月1日現在の 住所(現住所と異なる場合)	〒 -				
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税					

収入・預貯金等に関する申告	①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			<input type="checkbox"/>	
	②年間80万円以下であり、預貯金・有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1650万円)以下です。			<input type="checkbox"/>	
	③年間80万円を超え120万円以下であり、預貯金・有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1550万円)以下です。			<input type="checkbox"/>	
	④年間120万円を超え、預貯金・有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1500万円)以下です。			<input type="checkbox"/>	
※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり					
非課税年金を <input type="checkbox"/> 受給しています(遺族年金・障害年金)。 <input type="checkbox"/> 受給していません。 (↑受給している年金に○してください。)					
※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。					
預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	( ) ※ 円

※①および第2号被保険者の場合、本人の預貯金上限額は1000万円(夫婦は2000万円)以下となります。 ↑内容を記入してください

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(自宅・勤務先・携帯)
申請者住所 (〒 - )	本人との関係

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または内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等については、すべてを記入し、保有するすべての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。

有効期間	年 7 月 31 日 まで
------	---------------

→裏面もあります。

市処理欄

配偶者有無	配偶者 税	預貯金等要件	担 当	審 査	データ入力
有・無	課・非課				
境界層	給付制限	老福年金	生 保	介護度	負担限度額
		有・無			受付者

受付印

# 同意書

(宛先) 東大阪市長

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。)に私及び私の配偶者(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、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、私及び私の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

.....