

# 介護保険負担限度額認定申請書

新規・更新・再交付

(あて先) 寝屋川市長

平成 年 月 日

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。  
 なお、この申請書の決定に際し、私(被保険者)及び私(被保険者)の家族の所得状況について市民税課税台帳により確認されることを承諾します。また、負担限度額認定の決定内容を入所施設に提供することも、併せて承諾します。

被 保 険 者		被 保 険 者 番 号			
フリガナ					
氏 名	(印)	個人番号			
		生 年 月 日			性 別
		明治・大正・昭和	年	月	日
住 所	〒	電話番号			
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒	☐入所 ☐ショートステイ 電話番号			
入所年月日(※)	平成	年	月	日	(※)介護保険施設に入所していない場合及びショートステイ利用の場合は空白

配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「有」の場合は、配偶者が非課税の場合のみ、申請ができます。			
配偶者に関する事項	フリガナ	生 年 月 日			性 別
	氏 名	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日			男 ・ 女
	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)※	〒	電話番号		
※本年1月1日現在、他市の住所の場合は非課税証明書を添付してください。					

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万以下です。			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万を超えます。			
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下 預貯金、有価証券にかかる <b>通帳等の写し</b> は別紙のとおり			
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債※含む)

※負債の場合は内容がわかる書類を添付

申請者が被保険者本人の場合は、下記について記載は不要です。

氏 名 (続柄) 電話番号

---

住所 〒

---

**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、そのすべての合計を記入し、通帳等の写しを添付してください。(預貯金等が軽減要件の金額を超えている場合は申請できません。)
- (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うえ、添付してください。
- (4) 裏面の同意書の記入・押印・通帳の写しの添付がない場合は、申請書を受付できません。
- (5) 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

(あて先) 寝屋川市長

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、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構いません。

平成 年 月 日

(本人)  
〒  
住所

氏名 (印)

(配偶者)  
〒  
住所

氏名 (印)

送付先 <input type="checkbox"/> をチェックしてください	<input type="checkbox"/> 住所 (設定送付先優先)
	<input type="checkbox"/> 施設 (表面記入の施設)
	<input type="checkbox"/> その他 〒
	あて先 続柄( ) 電話番号

記載なしの場合は住所に送付します。

## 寝屋川市記入欄

却下 認定	・備考(所得分布の状況等にチェック)	受付印
	<input type="checkbox"/> 軽減要件外 (配偶者課税・預貯金超え) <input type="checkbox"/> 却下通知のみ希望 <input type="checkbox"/> 第4段階 課税世帯 (本人課税・世帯課税) (添付書類なし)	
	<input type="checkbox"/> 第3段階 非課税世帯 合計所得金額と課税年金収入額の合計(80万円超)	
	<input type="checkbox"/> 第2段階 非課税世帯 合計所得金額と課税年金収入額の合計(80万円以下)	
	<input type="checkbox"/> 第1段階 生活保護 ( 開始) 老齢福祉年金	
	<input type="checkbox"/> 再交付	
	・添付書類(預貯金等に関する申告の記入額と同額)	
	<input type="checkbox"/> 預貯金等の額がわかる書類	

事業所名

本人・家族・ケアマネジャー( )

郵送(要送付先確認) /

手渡し 受取人氏名