

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

更新

(あて先) 寝屋川市長

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。

本人に関する記入欄
 ※寝屋川市から更新申請書を送付している方については、印字しています。

被 保 険 者		被 保 険 者 番 号									
フリガナ	ネヤガワ タロウ	0	0	0	0	△	△	△	△	△	△
氏 名	寝屋川 太郎	個人番号				△	△	△	△	△	△
		生 年 月 日		明治 大正 (昭和)		△年△月△日					
住 所	〒 572 - 0000 寝屋川市本町1番1号 電話番号 △△△-△△△△-△△△△										
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 572 - 0000 寝屋川市本町〇丁目〇番 名称 ○〇〇〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ										
入所年月日(※)	△△年△△月△△日										

・同一世帯でない配偶者
 ・婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある方(内縁関係)も「有」になります

配偶者に関する記入欄
 ※配偶者「有」の方は記入してください。

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(フリガナ)		生 年 月 日									
氏 名		明治 大正 (昭和)		△△年△△月△△日							
住 所	〒 572 - 0000 寝屋川市本町〇丁目〇番										
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒 - - - - - 電話番号										
課税状況	市町村民税 (課税 ・ (非課税))										

本年1月1日現在、配偶者の住民票が他市にあった方はこちらに記入の上、課税証明書を添付してください

該当する項目にチェックを入れてください。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	第1段階	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"/>	第2段階	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額(遺族年金、障害年金)、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下
	<input type="checkbox"/>	第3段階①	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額(遺族年金、障害年金)、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円超120万円以下
	<input checked="" type="checkbox"/>	第3段階②	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額(遺族年金、障害年金)、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円超

預貯金等の申告欄に該当するか確認し、チェックを入れてください。

預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が、第1段階の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、第2段階の方は650万円(同1,650万円)、第3段階①の方は550万円(同1,550万円)、第3段階②の方は500万円(同1,500万円)以下 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、1,000万円(夫婦2,000万円)以下									
		預貯金額	1,205,012 円	有価証券(評価概算額)	50,000 円	その他(現金・負債※含む)	752,500 円				

受給している年金に○をしてください。

受給している全ての年金の保険者・種類に○してください。

日本年金機構	地方公務員共済	国家公務員共済	私学共済
遺族年金	障害年金(※遺族年金は、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金含む)		

預貯金額は、添付していただく通帳等の残高の合計額と同額を記入してください。有価証券、現金等がある場合は、記入してください。

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

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

注意事項
 本人以外の方が申請する場合、記入してください。
 ※居宅介護支援事業所等の事業所が申請する場合は、申請者氏名欄は「〇〇ケアプランセンター □□(担当ケアマネジャー名等)」、申請者住所欄は事業所等の住所を記入してください。

(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。

年 月 日

(本人) 円 -

住 所

氏 名

(配偶者) 円 -

住 所

氏 名

配偶者の同意欄
※申請書に配偶者「有」と記載された方は、こちらにも記入してください。

寝屋川市記入欄					
<p>・備 考(所得分布の状況等にチェック)</p> <p>却下 <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</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/> 第3段階② 非課税世帯 合計所得金額と課税年金収入額の合計 (120万円超)</p> <p>認定 <input type="checkbox"/> 第3段階① 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120万円以下)</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/> 第1段階</p>	<table border="1"><tr><td>受付印</td></tr><tr><td> </td></tr></table> <table border="1"><tr><td>入力</td></tr><tr><td> </td></tr></table>	受付印		入力	
受付印					
入力					

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