

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(あて先)

大阪狭山市長

※裏面もご記入ください。

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	明・大・昭		年		月		日		性 別		男		女						
住 所	電話番号																		
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	電話番号																		
入所（院）年月日 (※)	昭・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。										

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	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											

収入等に関する申告	☐	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																	
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい)																	
	(※) 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。以下同じ。																		
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超、120万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい)																	
預貯金等に関する申告	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。 (受給している年金に〇して下さい)																	
	☐	本人及び配偶者（同一世帯・別世帯に関わらず）の預貯金等の資産が、各段階に応じた金額以下です。																	
	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	※内容を記入して下さい									

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）
申請者住所	本人との関係

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保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (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。

高齢者福祉グループ確認欄	介護認定	保険料未納	給付制限	生活保護
	有・無	有・無	有・無	該当・非該当

同 意 書

(あて先)

大阪狭山市長

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、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まいります。

年 月 日

(本人)

住所

氏名

(配偶者)

住所

氏名

※本人が自書できない場合は、代筆者のお名前を以下にご記入お願いします。

(代筆者)

氏名