

## 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

加西市長

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			被保険者番号						
被保険者氏名			個人番号						
生年月日	大・昭 年 月 日			性別	男・女				
住 所	連絡先								
入所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(※)	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			生年月日	大・昭 年 月 日	
	氏 名			市民税課税状況	課税・非課税	
	住 所	連絡先				
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)					

収入等に関する申告	65歳以上	<input type="checkbox"/>	生活保護被保護者/世帯全員が市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者	預貯金等の基準額	1000万円(夫婦は2000万円)以下
		<input type="checkbox"/>	世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入とその他の合計所得金額特別控除後が80万円以下		650万円(夫婦は1650万円)以下
	<input type="checkbox"/>	世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入とその他の合計所得金額特別控除後が80万円超120万円以下	550万円(夫婦は1550万円)以下		
	<input type="checkbox"/>	世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入とその他の合計所得金額特別控除後が120万円超	500万円(夫婦は1500万円)以下		
	65歳未満	<input type="checkbox"/>	世帯全員が市町村民税非課税かつ預貯金等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下		
預貯金等に関する申告	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

※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり

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

## 注意事項

- 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。
- 書ききれない場合は、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。

## 同 意 書

介護保険負担限度額認定のために必要がある時は、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

令和 年 月 日

<本 人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名

### 【注意事項】

- ・ 認定を受けるには、世帯並びに単身又は夫婦ともに市民税非課税である必要があります。
- ・ ご夫婦は、別居、内縁等事実婚の場合も対象とし、DVによる避難等は含みません。
- ・ 資産要件として、段階に応じた基準額以下の必要があります。
- ・ 現在、単身またはご夫婦がお持ちの資産等について、銀行口座、定期預金、定期積金、証券、債権、現金等、全てをご記入のうえ、通帳残高(直近2ヶ月分)や定期証書、証券、債券の写しをご提出願います。
- ・ 必要に応じて各金融機関等に問い合わせを行う場合があります。
- ・ ご夫婦の資産状況を把握するにあたり、公用にてご夫婦の戸籍等閲覧を行う場合があります。

# 資産等の詳細について

別紙様式

## 預貯金等および現金

※年金を受給している方は、年金受取口座を記載した箇所の番号(一番左)を○で囲んでください。

番号	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人	対象 ○で囲む	残高	市確 認欄
1					本・配		
2					本・配		
3					本・配		
4					本・配		
5					本・配		
6					本・配		
7					本・配		
8					本・配		
9					本・配		
10					本・配		
現金等				被保険者			
				配偶者等			
合計							

## 有価証券等(株券・国債などの債券)

番号	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人	対象 ○で囲む	残高	市確 認欄
1					本・配		
2					本・配		
3					本・配		
4					本・配		
5					本・配		
合計							

## 負債

番号	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人	対象 ○で囲む	残高	市確 認欄
1					本・配		
2					本・配		
3					本・配		
4					本・配		
合計							

※ 預貯金、有価証券等、負債にかかる通帳等の写しを添付してください。

※ 負債については、添付資料を確認し、預貯金等から差し引きます。