

介護保険負担限度額認定申請書

(表面)

(あて先) 八尾市長 令和 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。

フリガナ			被保険者番号											
被 保 險 者 氏 名			個人番号											
生 年 月 日	大・昭 年 月 日													
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 ※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。													
入 所 (院) 年 月 日	年 月 日													

配偶者の有無	☐ 有	☐ 無	左記「無」の場合で右記に該当する項目がある場合は○をしてください。		離別・死別(死亡年月日: 年 月 日)	
上記において「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。 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。						
配偶者に関する事項	フリガナ			生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日	
	氏 名			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)			市町村民課税状況(どちらかに○)	課税・非課税	

収入及び 預貯金等に関する 申告	受給している年金に○をつけてください。※遺族年金には、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 非課税年金(遺族年金※・障害年金)を ☐ 受給しています ☐ 受給していません					
	☐	1. 市民税世帯非課税者であって、老齢福祉年金受給者及び生活保護受給者等				
	☐	2. 市民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計額が年額80万円以下で預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。				
	☐	3. 市民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計額が年額80万円超120万円以下で預貯金等の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。				
	☐	4. 市民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計額が年額120万円超で預貯金等の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。				
	預貯金	円	有価証券等	円	その他(負債・現金等)	内容 円

●裏面(申請者連絡先及び同意書)も必ずご記入ください。

市記入欄

交付年月日	年 月 日	1. 次のとおり承認する	2. 次の理由により承認しない	
適用年月日	年 月 日	①利用者負担第1段階 ②利用者負担第2段階 ③利用者負担第3段階 ① ④利用者負担第3段階 ② ⑤その他(特例減額・境界層)	・令和 年度課税世帯に該当するため ・配偶者が課税のため ・資産状況が認定要件に該当しないため	
有効期限	年 月 日			
備 考			入 力	確 認

(表面からの続き)

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所(〒 —)	本人との関係

※書類の記入不備等の際の連絡先となるため、必ず記入してください(申請者が被保険者本人の場合は記載不要です)

【注意事項】

- (1) 年度途中において税更正等を行った場合は、遡って負担限度額段階を変更又は取り消しをする場合があります。申請者や世帯の所得状況など負担限度額申請事由に変更があった場合は、速やかに届け出て下さい。
- (2) 本人及び配偶者の預貯金等については、そのすべての合計額を記入し、すべての通帳等の写しを添付してください。
- (3) 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) 八尾市長

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。

令和 年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名