

(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	ヤオ ハナコ	被保険者番号	0 0 0	記入日を記入してください。
被保険者氏名	八尾 花子	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0 0	
生年月日	大・昭 ▲▲年 ▲▲月 ▲▲日			
住所	マイナンバーを記載する場合、申請時、個人番号カードをご提示ください。マイナンバーが分からない場合などでマイナンバーが記載されていない場合でも受け付けを行います。			
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称	※介護保険施設に不在(入院)している場合は、介護保険施設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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	ヤオ タロウ	年 月 日
	氏名	八尾 太郎	配偶者の有無のいずれかにチェックをしてください。世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者も含みます。「有」の場合は
	住所	(〒) 八尾市本町1	配偶者に関する事項について記入してください。
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	市町村	課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税

収入及び預貯金等に関する申告	遺族年金※・障害年金の受給の有無について、該当する方にチェックを入れてください。 遺族年金・障害年金を <input checked="" type="checkbox"/> 受給しています <input type="checkbox"/> 受給していません				
	<input type="checkbox"/>	1. 市民税世帯非課税者であって、老齢福祉年金受給者であること			
	<input checked="" type="checkbox"/>	2. 市民税世帯非課税者であって、合計所得金額と配偶者収入額の合計額が年額80.9万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。			
	<input type="checkbox"/>	3. 市民税世帯非課税者であって、合計所得金額と配偶者収入額と非課税年金収入額の合計額が年額80.9万円以下で預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,550万円)以下です。			
	<input type="checkbox"/>	4. 市民税世帯非課税者であって、合計所得金額と配偶者収入額と非課税年金収入額の合計額が年額80.9万円以下で預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,500万円)以下です。			
預貯金	3,500,000円	有価証券等	1,000,000円	その他(負債・現金等)	内容 タンス預金 500,000円

※遺族年金には、寡婦年金、遺族厚生年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。(恩給は含まれません。)

●裏面(申請者連絡先及び同意書)も記入してください。

市記入欄

預貯金等の合計額を記入してください。配偶者「有」の場合は、配偶者の預貯金等と合計した金額を記入してください。

交付年月日	令和 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	令和 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7年度、課税世帯に該当するため ・令和7年度、配偶者が課税のため ・令和7年度、資産状況が認定要件に該当しないため
有効期限	令和 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、速やかに届け出てください。
- (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、本人及び配偶者が自己申告した預貯金等の額について八尾市が金融機関に照会することへの同意書です。本人及び配偶者の同意書の記入がない場合は、申請を受け付けする事ができませんので御注意ください。 係機関(以下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)に私及び私の配偶者(内縁関係の)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。

記入日を記入してください。

令和 ▲▲年 ▲▲月 ▲▲日

<本人>

住所

住所・氏名を記入してください。

氏名

<配偶者>

住所

配偶者「有」の場合は配偶者の住所・氏名を記入してください。

氏名