

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

高石市長 宛

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、高石市が私の負担限度額認定結果を入所施設に情報提供することも、併せて承諾します。

フリガナ		個人番号																	
被保険者氏名		被保険者番号																	
		生 年 月 日																	
住 所	〒	電話番号																	
介護保険施設等の所在地 及び名称（※）	〒	電話番号																	
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、記入不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ			生 年 月 日	年 月 日
	氏 名				
	住 所	〒			
	本年 1 月 1 日現在の住所 （現住所と異なる場合）				
	市民税課税状況	課税 ・ 非課税			

収入等に関する申告	☐	①生活保護を受給しています。 ・ ②市町村民税非課税世帯で、老齢福祉年金を受給しています。				
	☐	③市町村民税非課税世帯で、課税年金等収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計が年額 82 万 6,500 円以下です。				
	☐	④市町村民税非課税世帯で、課税年金等収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計が年額 82 万 6,500 円を超え、120 万円以下です。				
	☐	⑤市町村民税非課税世帯で、課税年金等収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計が年額 120 万円を超えます。				
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額が②の場合は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）、③の場合は 650 万円（同 1,650 万円）、 ④の場合は 550 万円（同 1,550 万円）、⑤の場合は 500 万円（同 1,500 万円）以下です。 ※第 2 号被保険者（40 歳以上 64 歳以下）で③～⑤の場合は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下です。				
※通帳等の写しは別添のとおり	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。） ※内容を記載してください。	（ ）※ 円

申請者が被保険者の場合には、下記は記入不要です。

申請者	氏名	電話番号
	住所	本人との関係

注意事項

- 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。
- 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、その全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。
- 年度途中において税更正等を行った場合は、負担限度額段階を変更する場合があります。

同 意 書

高石市長 宛

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。

年 月 日

【本人】

住所

氏名

【配偶者】

住所

氏名