

介護保険負担限度額認定申請書

様式 1

吹田市長 宛

申請年月日 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。

ふりがな			被保険者番号	0	0	0								
被保険者氏名			個人番号											
			生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日										
住 所	電話番号													
介護保険施設の名称※	電話番号													
入所(院)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	ふりがな			生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	氏 名				
	住 所	(被保険者本人と別住所の場合のみ記入してください。) 電話番号			
	本年1月1日現在の住所	(現住所と異なる場合は記入してください。)			
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税			

収入等に関する申告	非課税年金を ☐ 受給しています（遺族年金・障害年金）（受給している年金に○して下さい） ☐ 受給していません					
	所 得 要 件 と 資 産 要 件					
	☐	生活保護受給者/世帯全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者で 預貯金額は1,000万円（2,000万円）以下です【（ ）内は夫婦の場合】				
	☐	市世帯 町村 民全 員が 非課 税	本人の課税年金収入額と非課税年金収入額およびその他の合計所得金額の合計が年間82.65万円以下で預貯金等の額は650万円（1,650万円）以下です【（ ）内は夫婦の場合】			
	☐		本人の課税年金収入額と非課税年金収入額およびその他の合計所得金額の合計が年間82.65万円超120万円以下で預貯金等の額は550万円（1,550万円）以下です【（ ）内は夫婦の場合】			
	☐		本人の課税年金収入額と非課税年金収入額およびその他の合計所得金額の合計が年間120万円超で預貯金等の額は500万円（1,500万円）以下です【（ ）内は夫婦の場合】			
		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。)

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、その全てを記入してください。
- 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。
- 通帳等の写しは、銀行等の名称・支店・口座番号・名義のわかる部分と、最終の残高が分かる部分の写しが必要です。最終残高は申請日にできるかぎり近い時点の写しを添付してください。
- 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。
- 成年後見人等が代理で申請する場合は、本人の代理人であることがわかる登記事項証明書の写しを添付してください。

※裏面もご記入ください。