

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

年 月 日

茨木市長

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。

申請者(被保険者)住所	申請者(被保険者)氏名 印
	連絡先 ()

※申請者(被保険者名)氏名が自署の場合は、押印不要です。

フリガナ	(□申請者と同じ)	被保険者番号	0 0 0
被保険者氏名	(□申請者と同じ)	個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日		
住 所	(□申請者と同じ) 連絡先		
入所(院)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、記入は不要です。	

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、記入は不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	個人番号
	住所	□ 被保険者住所と同一の場合はチェック 連絡先	
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)		
	課税状況 (該当するものに○)	市町村民税 課税 ・ 非課税	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が 年額80万円以下 です。(受給している年金に○して下さい) <small>※ 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。以下同じ。</small>	受給している全ての年金の保険者に○して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が 年額80万円を超え、120万円以下 です。(受給している年金に○して下さい)	
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が 年額120万円を超えます 。(受給している年金に○して下さい)	

※裏面も記入してください。

預貯金等に関する申告 (預貯金等の種類及び金額を記入してください)	預貯金	名義	金融機関名等	金額
				円
				円
				円
	有価証券 (評価概算額)	名義	種類	金額
				円
				円
				円
	その他	名義	種類	金額
				円
			円	

【注意事項】

- (1) 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。
- (2) 本人及び配偶者の預貯金等についてすべて記載してください。預貯金等の種類欄には、金融機関名等をご記入ください。
- (3) 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、通帳等の写しを添付してください。
- (4) **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、通帳記入後の最終残高から2ヶ月前までの入出金がわかる部分の写しを添付してください。**
- (5) 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。
- (6) 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。
- (7) 成年後見人が申請する場合は、**登記事項証明書**の写しを添付してください。

同意書

茨木市長

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、茨木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する旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印