

介護保険負担限度額認定申請書

(新規・更新)

年 月 日

(申請先) 門真市長 様 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											
被保険者氏名	被保険者番号					0	0				
	個人番号										
生年月日	年	月	日								
住 所	〒										
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒										
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、記載不要です。							

配偶者の有無	有 ・ 無	左記において、「無」の場合は、以下「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									
	氏 名									
	生年月日								個人番号	
	住 所	〒								
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒								
	課税状況	市町村民税 課税		・		非課税		※配偶者「有」のときは必ずどちらかに○をしてください。		

収入・預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しの添付が必ず必要となります。 ※必ず、①から④のどの区分に該当するか、レ点を記入し預貯金等の額を記載してください。	<input type="checkbox"/>	①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"/>	②市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】(受給している年金に○して下さい)の収入額、その他の合計所得金額(課税年金に係る雑所得を除いた額)の合計額が 年額80.9万円以下 です。かつ、預貯金、有価証券等の金額の合計が、 650万円(夫婦は1650万円)以下 です。 ※ 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。				
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】(受給している年金に○して下さい)の収入額、その他の合計所得金額(課税年金に係る雑所得を除いた額)の合計額が 年額80.9万円を超え、120万円以下 です。かつ、預貯金、有価証券等の金額の合計が、 550万円(夫婦は1550万円)以下 です。				
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】(受給している年金に○して下さい)の収入額、その他の合計所得金額(課税年金に係る雑所得を除いた額)の合計額が 年額120万円を超え ます。かつ、預貯金、有価証券等の金額の合計が、 500万円(夫婦は1500万円)以下 です。				
	預貯金合計金額	1円単位まで記入 円	有価証券 (評価概算額) 円	なければ「0」を記入 円	その他 (現金・負債を含む) 円	なければ「0」を記入 (上記金額の内容： 円)

※申請日から直近2か月以内に記帳を行い、預金通帳等を複数保有している場合は、その全てを合計した金額を記入してください。
 ※直近2か月以内に記帳した通帳の写し(口座番号・口座名義人様等の記載されたページ、最終残高及び直近2か月以内の入出金がわかるページ)を添付してください。有価証券をお持ちの場合は、その時価評価額がわかる書類の写しも添付してください。
 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、①から④の区分にかかわらず、預貯金、有価証券の金額の条件は、合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下であることとなります。

申請者氏名	(本人以外が申請する場合のみ記入)	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	(本人以外が申請する場合のみ記入) 〒	本人との関係

注意 1 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。
 事項 2 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。

門真市記入欄

交付年月日	適用年月日	備考	收受日
年 月 日	年 月 日から		
決裁日	有効期限		
年 月 日	年 月 日まで		