

〈 負担限度額認定申請書 記入方法 〉

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

大阪府豊能郡能勢町長 様

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			被保険者番号		
被保険者氏名			個人番号		
生年月日	明・大・昭	年 月 日生	性別	男・女	
住所	〒		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（※）	平・令	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、記載不要です。		
配偶者に関する事項	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	明・大・昭・平	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				
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> ①生活保護受給者、②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"/> 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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下で（受給している年金に〇して下さい。以下同じ。） <small>※ 遺族年金、寡婦年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。</small>				
	<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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以上です。				
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは添付	<input type="checkbox"/> ⑤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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超え、150万円以上です。				
	<input type="checkbox"/> ⑥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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額150万円を超え、200万円以上です。				
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは添付	<input type="checkbox"/> ⑦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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額200万円を超え、250万円以上です。				
	<input type="checkbox"/> ⑧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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額250万円を超え、300万円以上です。				
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは添付	<input type="checkbox"/> ⑨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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額300万円を超え、350万円以上です。				
	<input type="checkbox"/> ⑩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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額350万円を超え、400万円以上です。				
申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。					
申請者氏名			連絡先（自宅・勤務先）		
申請者住所			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保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

申請日を記入してください。

個人番号（マイナンバー）を記入してください。

連絡先が印字されている場合、それが正しいか確認してください。印字がなければ、連絡先を記入してください。

入所している介護保険施設を記入してください。（介護保険施設に入所（入院）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）

配偶者について記入ください。配偶者は、世帯分離をしている配偶者または内縁関係の方を含めて記入してください。配偶者がいらっしゃらない場合は「無」に〇をしてください。

該当する箇所に をしてください。遺族年金・障害年金を受給している場合は、該当する方に〇をしてください。

該当することを確認のうえ、該当の場合に をしてください。また、預貯金額など必要事項を記入ください。

この申請をされた方について記入してください。（申請者が被保険者本人の場合は、記入不要です）

次頁もご覧ください →

同意書

能勢町長

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、町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。

令和 年 月 日

申請日を記入してください。

【本人】

住所
氏名

被保険者本人の住所・氏名を記入してください。

【配偶者】

住所
氏名

配偶者の住所・氏名を記入してください。
(配偶者がいらっしゃらない場合は、記入不要です)

能勢町 記入欄

書類確認		所得段階		審査	
<input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 同意書 通帳等の写し <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者		【利用者負担段階】 <input type="checkbox"/> 第一段階 <input type="checkbox"/> 第二段階 <input type="checkbox"/> 第三段階① <input type="checkbox"/> 第三段階② <input type="checkbox"/> 非該当		本人世帯	非課税・課税
				配偶者	非課税・課税
				資産	範囲内・超過
決定	承認	適用期間		課長 参事 係長 係 決裁欄	
	却下	却下理由			
		令和 年 月 日 令和 年 7月 31日			
		<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 世帯外配偶者課税 <input type="checkbox"/> 資産要件 <input type="checkbox"/> その他()			