

新規

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

香芝市長

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。

フリガナ											被保険者番号	0	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	日生	電話番号	()															
住所	〒																				
申請時施設区分 (□にレ点を付けてください。)	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院			<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 短期入所			<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設														
入所(予定)介護保険施設名称	※この欄は介護保険施設に入所(入院)しない場合には記入不要です。																				
入所年月日	年 月 日 ※この欄は介護保険施設に入所(入院)しない場合には記入不要です。																				
配偶者 (有・無) 有無を○で囲んでください ※「無」の場合、右欄は記入不要です。	フリガナ											生年月日									
	氏名											明治・大正・昭和									
	住所											電話番号	()								
	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 ※該当する「□」に、レ点を付けてください。	<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市民税世帯非課税であって、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。以下同じ) ※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市民税世帯非課税であって、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80万円超120万円以下 です。																			
	<input type="checkbox"/>	④市民税世帯非課税であって、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 。																			
預貯金等に関する申告 ※基準を下回っている場合「□」に、レ点を付けてください。	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計は、基準以下です。上記①の方の基準は、1,000万円、②の方の基準は650万円、③の方の基準は550万円、④の方の基準は500万円以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、②~④の方は1,000万円以下です。 ※配偶者がいる場合の基準は、各基準額に1,000万円を加算したものです。																			
明細については裏面申告書のとおり																					

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載は不要です。

申請者 氏名	電話番号
申請者 住所	本人との関係

- 【注意】 1. この申告書における「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. 年度途中において税更正等を行った場合は、遡って、負担限度額段階を変更する場合があります。
 3. 個人番号の記載が無い場合は、職員が住民基本台帳等の確認を行ったうえで個人番号欄に補記します。

市 記入欄

確 認		審 査					
<input type="checkbox"/> 税証明(他市に居住している配偶者) <input type="checkbox"/> 通帳等の写し <input type="checkbox"/> 同意書	本人	非課税・課税 単身	○生活保護・老齢福祉年金				
	世帯員	非課税・課税	○合計所得金額と年金収入の合計額				
	配偶者	非課税・課税	() 円				
決 定	交付年月日	資 産	範囲内・超過	第 1 ・ 2 ・ 3① ・ 3②段階			
承認・却下	令和 年 月 日	決 裁 欄	課長	主幹	係		入 力
適 用 期 間							
令和 年 月 日							
～ 令和 年 月 日							

預貯金等申告書

1 本人の預貯金等状況

区分	有無	内 容				
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	預 貯 金 先		預貯金額		
		〔 〕 支店		円		
		〔 〕 支店		円		
		〔 〕 支店		円		
有価証券等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類		評価概算額		
				円		
				円		
負債	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			円		
				円		
合計	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他	円

2 配偶者の預貯金等状況

区分	有無	内 容				
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	預 貯 金 先		預貯金額		
		〔 〕 支店		円		
		〔 〕 支店		円		
		〔 〕 支店		円		
有価証券等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類		評価概算額		
				円		
				円		
負債	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			円		
				円		
合計	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他	円

注1) 配偶者が、香芝市以外の市町村に居住している場合は、非課税証明書を添付してください。

注2) 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すべて記入し、その通帳等の直近2ヶ月分の写しを添付してください。

負債が有る場合はその明細の写しを添付してください。

書ききれない場合は、別紙に記入の上、添付してください。

注3) 預貯金額等については、金融機関等に照会することがあります。

注4) 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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。