

# 介護保険負担限度額認定申請書

新規・更新

宝塚市長あて

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<br>被保険者氏名           | タカラヅカ タロウ<br>宝塚 太郎                                                                                                                                         | 個人番号                                           | 記入不要         |   |   |   |   |   |
| 生年月日                     | M . T . S ○年 ○月 ○日                                                                                                                                         | 保険者番号                                          | 2            | 8 | 2 | 1 | 4 | 5 |
| 住所                       | 〒 ○○○-○○○○<br>宝塚市 ○○町 ○-○                                                                                                                                  | 被保険者番号                                         | ○            | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 利用する施設区分                 | <input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特養) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設(老健) <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> ショートステイ | 性別                                             | 男・女          |   |   |   |   |   |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 〒 ○○○-○○○○<br>○○市○○町○-○ 特別養護老人ホーム ○○苑                                                                                                                      | 連絡先                                            | ○○○○-○○-○○○○ |   |   |   |   |   |
| 入所(院)年月日(※)              | 20○○年 ○月 ○日                                                                                                                                                | (※)介護保険施設に入所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。 |              |  |  |  |  |  |
| フリガナ<br>氏名             | タカラヅカ ハナコ<br>宝塚 花子         | 個人番号                                      | 記入不要         |  |  |  |  |  |
| 生年月日                   | M . T . S ○年 ○月 ○日         | 連絡先                                       | ○○○○-○○-○○○○ |  |  |  |  |  |
| 住所                     | 〒 ○○○-○○○○<br>宝塚市 ○○町 1-1  |                                           |              |  |  |  |  |  |
| 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) | 〒 ○○○-○○○○<br>他市町村 ○○町 2-3 |                                           |              |  |  |  |  |  |
| 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80万円以下です。(受給している年金に○して下さい。以下同じ。) |
|           | <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、120万円以下です。               |
|           | <input checked="" 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120万円を超えます。                      |

\* 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。

|            |                                     |                                                                                                                                                              |
|------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 預貯金等に関する申告 | <input checked="" type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が、②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。<br>※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③~⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 |
|            | 預貯金額                                | ○○万円 有価証券(評価概算額) ○○万円 其他(現金・負債を含む) ※ (現金) ○○万円                                                                                                               |

※内容を記入してください

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 | 宝塚 一郎                  | 連絡先(自宅・勤務先) | ○○○○-○○-○○○○ |
| 申請者住所 | 〒 ○○○-○○○○<br>○○市○○-○○ | 本人との関係      | 長男           |

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)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。
- (3)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。
- (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。

宝塚市記入欄

|       |       |                 |                                 |         |   |
|-------|-------|-----------------|---------------------------------|---------|---|
| 交付年月日 | 年 月 日 | 備考(所得分布の状況等を記入) | 世帯の人数( )人 課税・非課税                | 合計所得金額  | 円 |
| 適用年月日 | 年 月 日 |                 |                                 | 課税年金収入  | 円 |
| 有効期限  | 年 月 日 |                 | 認定結果: 第1段階・第2段階・第3段階①・第3段階②・非該当 | 非課税年金収入 | 円 |

|    |     |    |   |    |
|----|-----|----|---|----|
| 課長 | 副課長 | 係長 | 係 | 受付 |
|    |     |    |   |    |

|     |     |
|-----|-----|
| 受付日 | 処理日 |
|     | /   |