

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

（宛先）河内長野市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度認定の申請をします。

フリガナ											
被保険者氏名	印										
	被保険者番号										
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女					
住所	〒 - 電話番号 () -										
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 - 電話番号 () -										
入所(入院)年月日(※)	年	月	日	※介護保険施設へ入所(入院)していない場合及びショート利用の場合、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。									
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	〒 - 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／市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者									
	<input type="checkbox"/>	市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○してください。) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。以下同じ。									
	<input type="checkbox"/>	市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80万円を超えます。(受給している年金に○してください。)									
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり。									
	預貯金	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む。)	()※円	※内容を記入してください。				

代理で申請される場合

申請者氏名	電話番号 () -
申請者住所	被保険者との関係

市(保険者)記入欄

交付年月日	利用者負担段階
年 月 日	
備考	

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所有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入するか別紙に記入の上、添付してください。

(裏面)

同意書

(宛先) 河内長野市長

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、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意してい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