

三田市 介護保険負担限度額認定申請書

R 5

三田市長 宛

令和 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の申請をします。

被 保 険 者 氏 名		保 険 者 名	保 険 者 番 号					
フリガナ		三 田 市	2	8	2	1	9	4
		被 保 険 者 番 号						
		個 人 番 号						
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日							
住 所	〒 - 連絡先 () -							
利用する施設区分	<input 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"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> ショートステイ							
介護保険施設の名称及び所在地(※)	施設名	(※)介護保険施設に入所（院）していない場合やショートステイ利用の場合、記入は不要です。						
	〒 -	連絡先 () -						
入所(院)年月日(※)	年 月 日							

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 年 月 日
	住 所	〒 - 連絡先 () -
	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 (○で囲んでください)	

※「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。

収入等に関する申告	生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合は、以下の所得額要件、預貯金等の額の要件のチェックは不要です。			
	世帯の課税状況	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税	<input type="checkbox"/> 非課税年金の受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 遺族年金 / <input type="checkbox"/> 障害年金)	<input type="checkbox"/> 無	
	65歳以上の人	【所得額要件】 (年金収入額+その他の合計所得金額) ※非課税年金を含む		【預貯金等の額の要件】		
		<input type="checkbox"/> 年額80万円以下	→	かつ、預貯金等の合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下		
		<input type="checkbox"/> 年額80万円超120万円以下	→	かつ、預貯金等の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下		
	65歳未満の人	<input type="checkbox"/> 年額80万円以下	→	かつ、預貯金等の合計が500万円（夫婦は1,500万円）以下		
<input type="checkbox"/> 年額80万円超120万円以下		→	かつ、預貯金等の合計が500万円（夫婦は1,500万円）以下			
<input type="checkbox"/> 年額120万円超		→	かつ、預貯金等の合計が500万円（夫婦は1,500万円）以下			
預貯金額 (普通・定期等)	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	円	

※同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その合計額を記入してください。また、0円の場合も「0」とご記入ください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記については不要です。

申請者氏名	連絡先
申請者住所	本人との関係

※裏面の同意書のご記入をお願いいたします。

同意書

三田市長 宛

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。

令和 年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名

※注意事項

虚偽の申告により不正に特定入所者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。

(市記入欄)

確認	
<input type="checkbox"/>	通帳等の写し
<input type="checkbox"/>	同意書

預貯金合計額	収入合計額※

※①課税年金収入額
②非課税年金額
③その他の合計所得金額特別控除後
上記①～③の合計額
※=減免減額情報一覧の合計所得金額

令和5年度 認定		審 査		
利用者 負担 段階	<input type="checkbox"/> 第1段階 認定	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金		
	<input type="checkbox"/> 第2段階 認定	<input type="checkbox"/> 80万円以下	<input type="checkbox"/> 単身650万円 <input type="checkbox"/> 夫婦1,650万円 <input type="checkbox"/> 2号基準	
	<input type="checkbox"/> 第3段階① 認定	<input type="checkbox"/> 80万円超え120万円以下	<input type="checkbox"/> 単身550万円 <input type="checkbox"/> 夫婦1,550万円 <input type="checkbox"/> 2号基準	
	<input type="checkbox"/> 第3段階② 認定	<input type="checkbox"/> 120万円超え	<input type="checkbox"/> 単身500万円 <input type="checkbox"/> 夫婦1,500万円 <input type="checkbox"/> 2号基準	
	<input type="checkbox"/> 境界層該当 (<input type="checkbox"/> 食費 <input type="checkbox"/> 居住費)			
<input type="checkbox"/> 第4段階 非該当認定	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 同一世帯外の配偶者が市町村民税課税 <input type="checkbox"/> 預貯金等要件満たさず			
適用期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	送付先 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
交付年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新(前年度 段階) <input type="checkbox"/> 変更(前回 段階)		
課税年金照会	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要(照会日 月 日)	非課税年金照会	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要(照会日 月 日)	
審査日	月 日	認定日	月 日	申告書の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(備考)				