

三田市 介護保険負担限度額認定申請書

R6用

三田市長 宛

記入日：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。

① 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		
		② 被 保 険 者 番 号			
		個 人 番 号			
③ 生 年 月 日	大 ・ 昭 年 月 日				
④ 住 所	〒 - 連絡先 () -				
⑤ 利 用 す る 施 設 区 分	現在利用中のサービスがあれば、 <input checked="" type="checkbox"/> チェックをいれてください。				
	<input type="checkbox"/> (1) 特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> (2) 介護老人保健施設			
	<input type="checkbox"/> (3) 介護医療院	<input type="checkbox"/> (4) ショートステイ			
↓上記⑤で (1) ・ (2) ・ (3) に <input checked="" type="checkbox"/> チェックした場合のみ記入してください。					
入所施設の名称 および入所日	施設名	入所日 年 月 日			
所在地 (市外の場合のみ)	〒 - 連絡先 () -				
⑥ 配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	↓ 配偶者がいる場合は、下記「配偶者に関する事項」も記入してください。			
配偶者に関する事項	フリガナ				
	氏 名				
	住 所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 〒 -	生年月日 大 ・ 昭 年 月 日 連絡先 () -		
	課税状況	<input type="checkbox"/> 市民税課税 ・ <input type="checkbox"/> 市民税非課税	※「配偶者」には、住所を分けている配偶者や世帯分離をしている配偶者、内縁関係の者を含みます。		
収入等に関する申告	⑦ 生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	↓ ⑦が「有」の場合は、収入要件、預貯金等基準額の要件のチェックは不要です。		
	⑧ 世帯の課税状況	<input type="checkbox"/> 市民税課税 ・ <input type="checkbox"/> 市民税非課税	⑨ 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	
	⑩ 収入と預貯金等の状況				
	【年齢】	【収入要件】	→	【資産要件】	
	65歳以上の人	<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		
<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		
65歳未満の人	<input type="checkbox"/> 年額80万円以下	→	かつ、預貯金額の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下		
	<input type="checkbox"/> 年額80万円超120万円以下	→	かつ、預貯金額の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下		
	<input type="checkbox"/> 年額120万円超	→	かつ、預貯金額の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）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

※各項目において、複数の預貯金や有価証券を所有している場合は、それぞれの合計額を記入してください。
 ※各項目において、0円の場合は「0」を記入してください。

⑪ 申請者	申請者氏名	連絡先
	申請者住所	本人との関係
	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が申請	
	<input type="checkbox"/> 被保険者本人と同じ	

※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	収入合計額※	預貯金等	有価証券	その他	合計額
<input type="checkbox"/> 通帳等の写し					
<input type="checkbox"/> 同意書					

利用者負担段階	審査				
<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)			※【収入合計額】 = 課税年金収入額 + 非課税年金収入額 + その他の合計所得金額(特別控除後)		