

--

<西宮市記入欄>

決定事項	承認・非承認	入力
決定年月日	年 月 日	
適用年月日	年 月 日	
有効期限	年 月 日	確認
限度額段階	1・2・3①・3②	
備考		

介護保険負担限度額認定申請書

2024年度

西宮市長 様

下記のとおり、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		個人番号 (マイナンバー)																
被保険者氏名		被保険者番号																
		生年月日																
住所																		
電話番号 () -																		

配偶者の有無	有 ・ 無	※「有」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」を記載してください。																
配偶者に関する事項	フリガナ		個人番号 (マイナンバー)															
	氏名		生年月日	年 月 日														
	本年1月1日現在の住所																	
		課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税															

収入等に関する申告	非課税年金受給の有無	有 (遺族年金 / 障害年金) ・ 無	世帯の課税状況	<input type="checkbox"/> 市町村民税 非課税	生活保護受給の有無	有 ・ 無	
	65歳以上の人 (年金収入額+その他の合計所得金額)	<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"/> 預貯金等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下						
預貯金額 (普通・定期等)	円	円	円	円	円	円	

↑ 預貯金等の金額を必ずご記入ください(円単位)。0円の場合も「0」とご記入ください。

同意書

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。)に私及び私の配偶者(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、私及び私の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

(被保険者)

(配偶者)

住所

住所

氏名

氏名

<本人以外が届出する場合>

届出人氏名		本人との関係		連絡先	
-------	--	--------	--	-----	--

(注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または内縁関係の者を含みます。

(注2)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。

受付印