

令和6年度介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			個人番号										
被保険者氏名			被保険者番号	〇〇〇〇									
生年月日	明・大・昭 年 月 日生												
住 所	〒 電話番号 () -												
申請時施設区分 (□にしをつけてください。)	☐ 介護老人福祉施設(特養) ☐ 介護老人保健施設(老健) ☐ 短期入所利用(ショートステイ) ☐ 地域密着型介護老人福祉施設 ☐ 介護医療院												
介護保険施設の所在地及び名称	電話番号 () - ※この欄はショートステイの場合には記入不要です。												
入所年月日	平成・令和 年 月 日 ※この欄はショートステイの場合には記入不要です。												
配偶者 (内縁関係含) ※右欄において「無」の場合は記入不要です	有	フリガナ			個人番号								
	無	氏 名			生年月日	明・大・昭 年 月 日							
		住 所	〒 (同居の場合は記入不要) 電話番号 () -										
		本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒				配偶者課税状況		課税・非課税				
非課税年金の収入に関する申告 (遺族年金・障害年金) ※該当箇所に〇してください		有・無	日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	【 遺族年金 ・ 障害年金 】を受給しています									
預貯金等に関する申告 (夫婦合計) ※通帳等の写しを添付してください		預貯金額		株式・国債・有価証券等		その他(現金・負債を含む)							
		円		円		円							
芦屋市長 あて													
上記のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額の認定を申請します。													
令和 年 月 日													
申請者 住所 電話番号													
氏名 続柄													

【注意】 1.この申告書における「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.年度途中において税更正等を行った場合は、遡って、負担限度額段階を変更する場合があります。

市 記入欄

確 認		備 考						
☐ 生活保護受給者 ☐ 税証明(他市に居住している配偶者) ☐ 非課税年金の有無 ☐ 通帳等の写し ☐ 同意書(押印)		■利用者負担 多床室 従来型個室(特養) 従来型個室(老健等) エコ型個室の多床室 エコ型個室 食費 ☐ 第1段階 0円 380円 550円 550円 880円 300円 ☐ 第2段階 430円 480円 550円 550円 880円 390円 ☐ 第3段階① 430円 880円 1370円 1370円 1370円 650円 ☐ 第3段階② 430円 880円 1370円 1370円 1370円 1360円 ☐ 境界層 円 円 円 円 円 円						
審 査		決 定					決 裁 欄	入 力
本人世帯	非課税・課税	承認・却下						
配偶者	無・非課税・課税							
資産	範囲内・超過							
適 用 期 間								
令和 年 月 日 ～ 令和7年7月31日								

同 意 書

芦屋市長 あて

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に私及び配偶者(内縁関係の者を含む)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照会することに同意します。

令和 年 月 日

【本人】

住 所

氏 名

【配偶者】

住 所

氏 名

ご提供いただいた個人情報は、負担限度額認定に関わる目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。第三者に触れることがないよう、厳重な管理体制のもと、保管いたします。

■ 本人の預貯金等状況

区分		有無	内 容	
預貯金	☐ 有 ☐ 無		預 貯 金 先	預貯金額
			〔 支店〕	円
			〔 支店〕	円
			〔 支店〕	円
			〔 支店〕	円
株式・ 国債等	☐ 有 ☐ 無		種 類	評価概算額
				円
				円
その他	☐ 有 ☐ 無			円
				円
合計				

■ 配偶者の預貯金等状況

区分	有無	内 容	
預貯金	☐有 ☐無	預 貯 金 先	預貯金額
		〔 支店〕	円
		〔 支店〕	円
		〔 支店〕	円
		〔 支店〕	円
株式・ 国債等	☐有 ☐無	種 類	評価概算額
			円
			円
その他	☐有 ☐無		円
			円
合計			

注１）配偶者が、芦屋市以外の市町村に居住している場合は、税証明書を添付してください。

注２）預貯金等については、**通帳等の写しを添付してください。**

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、書き切れない場合は、別紙に記入の上添付してください。

注３）預貯金額等については、金融機関等に照会することがあります。

注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、支給された額および最大２倍の加算金を返還していただくことがあります。