

令和 年 月 日  
 尼崎市長 あて

| (1) 被 保 険 者 |                                                                                                                                                                                   |  |  |                      |  |                              |   |   |                               |   |   |   |   |   |   |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------|--|------------------------------|---|---|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ        |                                                                                                                                                                                   |  |  | 被保険者番号               |  |                              |   |   |                               |   |   |   |   |   |   |
| 被保険者<br>氏 名 |                                                                                                                                                                                   |  |  | 個人番号                 |  | *                            | * | * | *                             | * | * | * | * | * | * |
|             |                                                                                                                                                                                   |  |  | 生年月日                 |  | 明・大・昭                        |   |   | 年                             |   | 月 |   | 日 |   |   |
| 住 所         | 〒      ー                                                                                                                                                                          |  |  | 電話番号 (      )      ー |  |                              |   |   |                               |   |   |   |   |   |   |
| 状 況         | <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者                                                                                                                |  |  | 施設                   |  | <input type="checkbox"/> 入所中 |   |   | <input type="checkbox"/> 入所予定 |   |   |   |   |   |   |
| 年金の種類       | <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 労災年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 年金なし |  |  |                      |  |                              |   |   |                               |   |   |   |   |   |   |

|             |                                                       |  |         |                              |   |                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------|-------------------------------------------------------|--|---------|------------------------------|---|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 配偶者の有無      | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |  | 被保険者番号  |                              |   |                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| フリガナ        |                                                       |  | 個人番号    |                              | * | *                           | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| 配偶者氏名       |                                                       |  | 生年月日    | 明・大・昭                        |   | 年                           |   | 月 |   | 日 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|             |                                                       |  | 市民税課税状況 | <input type="checkbox"/> 非課税 |   | <input type="checkbox"/> 課税 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 本年1月1日現在の住所 | ↓ 現住所と異なる場合に記入<br>〒            —                      |  |         |                              |   |                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

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。

|     |    |
|-----|----|
| 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介護サービス費等の支給を受けた場合は、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。

・本人および配偶者名義の通帳の写し(※)  
・有価証券の評価額のわかる書類の写し  
・成年後見人等は登記事項証明書の写し  
・生活保護受給者は受給者証明書

(※)通帳の写しは1冊につき①②③を添付  
①見開きページ(銀行、支店、口座名義人が記載)  
②最新残高日から過去2か月分の取引明細  
③定期預金ページ(残高有無にかかわらず必要)

|                                     |      |                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |      |            |  |  |  |  |   |
|-------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|------|------------|--|--|--|--|---|
| 65歳以上<br>(年金収入額+<br>その他の合計<br>所得金額) |      | <input type="checkbox"/> 年間80.9万円以下 ➡ 預貯金などの合計額が650万円(夫婦は1,650万円)以下       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |      |            |  |  |  |  |   |
|                                     |      | <input type="checkbox"/> 年間80.9万円超120万円以下 ➡ 預貯金などの合計額が550万円(夫婦は1,550万円)以下 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |      |            |  |  |  |  |   |
|                                     |      | <input type="checkbox"/> 年間120万円を超える ➡ 預貯金などの合計額が500万円(夫婦は1,500万円)以下      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |      |            |  |  |  |  |   |
| 65歳未満                               |      | <input type="checkbox"/> 預貯金などの合計額が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |      |            |  |  |  |  |   |
| 本人                                  | 預貯金額 |                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 現金 他 |            |  |  |  |  |   |
|                                     |      |                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 円    | 株式・投信・国債 等 |  |  |  |  |   |
| 配偶者                                 | 預貯金額 |                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 現金 他 |            |  |  |  |  |   |
|                                     |      |                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   | 円    | 株式・投信・国債 等 |  |  |  |  |   |
| 資産の総合計                              |      |                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |      |            |  |  |  |  | 円 |

|               |    |                       |                       |
|---------------|----|-----------------------|-----------------------|
| 連絡先<br>(問合せ先) | 氏名 |                       | 日中連絡がとれる電話番号<br>( ) - |
|               | 住所 | 〒 -                   | 本人との関係                |
| 申請者<br>(提出者)  | 氏名 |                       | 日中連絡がとれる電話番号<br>( ) - |
|               | 住所 | 〒 - ケアマネは、事業所名と所在地を記入 | 本人との関係                |

|          |                               |       |          |          |   |    |
|----------|-------------------------------|-------|----------|----------|---|----|
| □認定します。  | 適用年月日                         | 令和    | 年        | 月        | 日 | から |
|          | 有効期限                          | 令和    | 年        | 月        | 日 | まで |
| 利用者負担段階  | □第1段階                         | □第2段階 | □第3段階（1） | □第3段階（2） |   |    |
|          | □その他 居住費 第 段階 / 食費 第 段階       |       |          |          |   |    |
| □認定しません。 | □市民税課税世帯 □別世帯配偶者が課税 □預貯金超過 □他 |       |          |          |   |    |

|                         |     |   |     |                                      |       |
|-------------------------|-----|---|-----|--------------------------------------|-------|
| 決定します。                  |     |   | 備 考 | <input type="checkbox"/> 送付先<br>同時受理 | 受 付 印 |
| 令和      年      月      日 |     |   |     |                                      |       |
| 課 長                     | 係 長 | 係 |     | <input type="checkbox"/> 受付者         |       |
|                         |     |   |     |                                      |       |