

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先)

枚方市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る費

記入見本

フリガナ										
被保険者氏名	被保険者番号									
	個人番号									
生	※1は施設に入所している場合のみ記入 (ショートステイ利用は記入不要)					月	性別	男・女		
住 所	番号がわからないなど、個人番号が未記入の場合でも 申請を受付します。									
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※1)	個人番号が記入されている場合は、番号確認のため個人 番号カード等と本人確認のため運転免許証・被保険者 証等の書類が必要となります。									
入所(院)年月日(※1)	年	月	日	(※1 いてい						

配偶者の有無	有・無	左記に 記載不要
配偶者に関する事項	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	明治・
	住 所	()
	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	

配偶者の有・無に○をし、
⑦の場合は下記を記入してください。
(世帯分離・別居している配偶者についても記入
してください)

遺族年金・障害年金を受給
している場合は、該当する
年金に○をしてください。

収入等 に関する申告	通帳の残高を記入してください。 口座が複数ある場合は合計額を記入してくだ さい。配偶者ありの場合は配偶者の口座残高 も合計してください(本人および配偶者の預 貯金の残高がわかるページのコピーの添付が 必要です)。									
	有価証券等に係る通帳等の写しは別添のとおり									
預貯金等に関する申告	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	()※2	円			

有価証券等をお持ちの方
は合計額を記入

現金や負債等があれば
記入

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要	本人との関係
申請者氏名	
申請者住所	

注意事項

- (1)この申請書における「配偶者」については内縁関係
預貯金等の申告をしてください。
- (2)預貯金等の申告を複数所
に記入の上添付してください。

代理で申請する場合は必ず記入してください。
(本人が申請者の場合は不要です)
申請者氏名・住所・連絡先・続柄を記入

課税状況・

裏面も有ります

- バ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、相当額の加算金を納めていただくことがあります。
- (5) 市民税課税者の特例減額適用に係る申請の場合は、申告書及び資料を添付してください。

記入見本

同意書

(宛先)

枚方市長

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、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、保有する預貯金、有価証券等の残高等について、報告を求めることに同意します。

また、枚方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。

申請日を記入

年 月 日

<本人>

住所

氏名

住所・氏名を記入(代筆可)

忘れずに押印してください。

印

<配偶者>

住所

氏名

配偶者が有の場合は、
配偶者の住所・氏名を記入(代筆可)

配偶者が有の場合は、
押印してください。

印