

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）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ													
被保険者氏名	被保険者番号												
	個人番号												
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日				性別		男・女						
住所	連絡先電話番号 ()												
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※1)	連絡先電話番号 ()												
入所(院)年月日(※1)	年 月 日				※1 介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は、記載不要です。								

配偶者の有無	有 ・ 無		左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については記載不要です。									
配偶者に関する事項	フリガナ											
	氏名											
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日				個人番号						
	住所	連絡先電話番号 ()										
	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										

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者										
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい) (※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ)										
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円を超えます。 (受給している年金に〇して下さい)										
	<input type="checkbox"/>	現金、預貯金、有価証券等の金額の合計が 1000 万円 (夫婦は 2000 万円) 以下です。 ※預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しは別添のとおり										
	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					

※2 内容を記入してください

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です。

申請者氏名	連絡先 (自宅・勤務先)										
申請者住所	本人との関係										

注意事項

- この申請書における「配偶者」については内縁関係の者を含みます。世帯分離をしている場合も配偶者の課税状況・預貯金等の申告をしてください。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを記入してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入し、又は別紙に記入の上添付してください。
- 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その 2 倍に相当する額の加算金を納めていただくことがあります。
- 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。

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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印