

介護保険負担限度額認定申請書

記入見本

（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											被保険者番号														
被保険者	※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）										個人番号														
生年月日																									
住所											※個人番号は記入しないでください														
★入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）																									
入所（院）年月日 （※）											年	月	日												
★配偶者の有無	無 ・ 有										(必須) 配偶者の無・有に○をし、有の場合は 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）														
★配偶者に関 する事項	フリガナ																								
	氏名																								
	生年月日											年	月	日	個人番号										
	住所																								
	本年現在 （現住所 異なる）	不明の場合は空欄でも受け付けます。										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。													
課税状況	課税 ・ 非課税																								
★収入等に関 する申告	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者																								
	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、【遺族年金※・障害年金】の収入額及び 合計所得金額（課税年金に係るものを除く。以下同じ）の合計額が年額80万9,000円以下である（受給している年金に○してください。）																								
	④市及び										(必須) 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銀行・支店名・口座名義人がわかるページと、申請日の直 近から2ヶ月までの口座残高がわかるページのコピーの添付が必要です。														
	⑤市及び																								
	預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添																								
預貯金等に関する申告	★第2号被保険者（夫婦） ※第2号被保険者（夫婦）（以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。																								
別添	★預貯金額										★有価証券 （評価概算額）														
添											★その他 （現金・負債を含む。）※														
											★（必須） 現金や負債等があれば記入														
★申請者氏名											★（必須） 有価証券等をお持ちの方 は合計金額を記入														
申請者住所																									
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																									
注意事項 (1) この申請書は、介護保険法第23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。 (2) 預貯金等の写しを添付してください。 (3) 書き間違いや虚偽の申告は、罰則の対象となります。 (4) 市町村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。										裏面もご記入ください															

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

被保険者の住所氏名を記入

代筆の場合

被保険氏名の右側に被保険者の認印

<被保険者>

住所

氏名

配偶者有の場合に住所氏名を記入

代筆の場合

配偶者氏名の右側に配偶者の認印

<配偶者>

住所

氏名