

記入見本

R3.8以降用

介護保険負担限

(あて先) 豊中市長

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
なお当該負担限度額認定及び更新のために必要がある場合は、保険者が私及び

**被保険者ご本人の氏名・
電話番号・住所・個人番号の
ご記入をお願いいたします。**
(個人番号の記入がない場合は、
当課で確認いたします)

被保険者氏名	□□ △△			
生年月日	○○年 ○○月 ○○日	性別	○	
住所	豊中市○○町○○-○○		電話番号	06-○○-○○○○○○○○
入所する施設 (※)	施設名称			
	所在地			

入所中もしくは利用予定の施設をお書き
ください。
(わかる範囲で結構です。未定なら空欄でも可)

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者」欄を記入してください。 (配偶者には、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の配偶者を記入してください。)
配偶者に 関する 事項	フリガナ	
	氏名	□□ ○○
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者本人と同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居(下に住所を記入) ○○県○○市○○町○○-○○
	本年1月1日現 在の住所(現住 所と異なる場合)	
課税状況	市民税(課税 <input type="radio"/> 非課税 <input checked="" type="radio"/>) どちらかに○	

**配偶者の「有」「無」に○をし
て、「有」の場合は必要事項
をご記入ください。**

収入等 に関する申告 (いずれかの□に チェック)	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者であること
	<input type="checkbox"/>	市民税(収入額) ※寡婦年額 収入額の合計額が年額80万円超120万円以下
	<input checked="" type="checkbox"/>	市民税世帯非課税であって、課税年金収入額、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120万円超 (受給している年金に○してください)

該当する□にチェックを入れてください。
遺族年金・障害年金を受給している場合は、
受給している年金に○をしてください。

預貯金等 に関する申告 (通帳等の写しを 添付してください)	預貯金、有価証券 等の金額の合計□ (いずれかの□にチェック)		<input type="checkbox"/> 650万円(夫婦の場合1650万円)以下
			<input type="checkbox"/> 550万円(夫婦の場合1550万円)以下
			<input type="checkbox"/> 500万円(夫婦の場合1500万円)以下
預貯金 (世帯合計 額)	円	有価証券 (評価概算額)	

**預貯金等の合計額があ
てはまる□にチェックを入
れ、下に金額をご記入く
ださい。**

申請者	住所	〒	
	氏名		本人との続柄

被保険者本人以外の代理人が申請される場合
は、代理人の住所・氏名等をご記入ください。

<注意事項>

- 裏面の同意書にも必ず記入、押印してください。
- 通帳の写しは、銀行等の名称・支店・口座番号・名義人の
添付してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入してください。
- 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費
規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金

※裏面もあります。

市記 入欄	公布日	有 効 期 間	
		(自) 年 月 日	
		(至) 年 月 日	
	認定証	適用要件	
	窓口交付済・郵送済・未発行	利用者負担第 段階	

裏面の同意書欄にも必ず住所・氏名を記入し、押印してください。

**預貯金等がある場合、金額がわかる通帳等の写しを必ず添付してください。
(銀行名・支店名・口座番号・名義人がわかる部分と、2か月以内の残高がわか
る部分が必要)**