

介護保険負担限度額認定申請書

(あて先) 豊中市長年 月 日

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。  
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、保険者が私及び私の世帯員の所得の状況等について調査することに同意します。

|               |        |   |      |   |   |  |  |  |  |  |  |                                                    |         |  |  |  |  |  |  |
|---------------|--------|---|------|---|---|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------|---------|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者氏名        | 被保険者番号 |   | 1    | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |                                                    |         |  |  |  |  |  |  |
|               | 個人番号   |   |      |   |   |  |  |  |  |  |  |                                                    |         |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日          | 年 月 日  |   | 電話番号 |   |   |  |  |  |  |  |  |                                                    |         |  |  |  |  |  |  |
| 住 所           | 〒      |   |      |   |   |  |  |  |  |  |  |                                                    |         |  |  |  |  |  |  |
| 入所する施設<br>(※) | 施設名称   |   |      |   |   |  |  |  |  |  |  | (※)介護保険施設に入所していない場合及び<br>ショートステイを利用している場合は、記入不要です。 |         |  |  |  |  |  |  |
|               | 所在地    | 〒 |      |   |   |  |  |  |  |  |  | 入所日                                                | 年 月 日から |  |  |  |  |  |  |

|           |                            |                                                                               |  |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |
|-----------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|
| 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、記入不要です。<br>(配偶者には、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます) |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ                       |                                                                               |  |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |
|           | 氏 名                        |                                                                               |  |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |
|           | 生年月日                       | 年 月 日                                                                         |  |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |  |  |  |  |  |
|           | 住 所                        | <input type="checkbox"/> 被保険者本人と同居 <input type="checkbox"/> 別居(下に住所を記入してください) |  |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |
|           | 本年1月1日現在の<br>住所(現住所と異なる場合) |                                                                               |  |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |
| 課税状況      |                            | 市民税 ( 課税 ・ 非課税 ) どちらかに○                                                       |  |                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |

|                                 |                                  |                                                                                                                            |                                                                                                                                                 |   |                   |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 収入等に関する申告<br>(いずれかの□にチェック)      | <input type="checkbox"/>         | 生活保護受給者／市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者                                                                                               |                                                                                                                                                 |   |                   |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                 | <input 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80.9万円以下<br>(受給している年金に○してください)<br>※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。 |                                                                                                                                                 |   |                   |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                 | <input 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80.9万円超120万円以下<br>(受給している年金に○してください)                                      |                                                                                                                                                 |   |                   |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                 | <input 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<br>(受給している年金に○してください)                                              |                                                                                                                                                 |   |                   |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 預貯金等に関する申告<br>(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<br>(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<br><input type="checkbox"/> 550万円(夫婦の場合1550万円)以下<br><input type="checkbox"/> 500万円(夫婦の場合1500万円)以下 |   |                   |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                 | 預貯金<br>(世帯合計額)                   | 円                                                                                                                          | 有価証券<br>(評価概算額)                                                                                                                                 | 円 | その他<br>(現金・負債を含む) | ( )※ | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                 |                                  |                                                                                                                            |                                                                                                                                                 |   |                   |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                 |                                  |                                                                                                                            |                                                                                                                                                 |   |                   |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※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、下記について記入は不要です。

|       |     |        |      |
|-------|-----|--------|------|
| 申 請 者 | 住 所 | 〒      | 電話番号 |
|       | 氏 名 | 本人との続柄 |      |

- <注意事項>  
(1) **裏面の同意書にも必ず記入してください。**  
(2) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。  
(3) 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2倍の加算金を返還していただくことがあります。

※裏面もあります。

ここから下は記入しないでください

|      |                   |           |  |  |  |           |  |  |  |  |  |
|------|-------------------|-----------|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|
| 市記入欄 | 交付日               | 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 |  |  |  |  |  |

|       |  |
|-------|--|
| 受付者   |  |
| 受 付 印 |  |

## 同 意 書

豊中市長 宛

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（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）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、報告を求めることに同意します。

また、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の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

<配偶者>

住所

氏名