

記入見本

R3.8以降用

介護保険負担限度額認定

(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

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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> △△	被保険者番号	
生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	<input type="radio"/> 〇
住所	豊中市〇〇町〇〇-〇〇	個人番号	××××××××××××××××
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」欄に「有」を記入し、 (配偶者には、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の有無を問わず)
フリガナ		
氏名	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ○○	
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)	
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇	
課税状況	市市民税 (<input type="radio"/> 課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税) 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
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税収入額の合計額が年額80万円超120万円以下
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税収入額の合計額が年額120万円超
	<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

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	<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)
		<input type="checkbox"/> 500万円(夫婦の場合)
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	〒	電話番号
	氏名		

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・名義の分かる部分に添付してください。
 - 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2倍の加算金を返還していただくことがあります。

裏面の同意書欄にも必ず住所・氏名を記入してください。

預貯金等については、通帳等の写し (①銀行名・支店名・口座番号・名義人、②年金振込、③2か月間の引出・預入・残高がわかる部分、④定期預金のページがある場合はその残高がわかる部分)を必ず添付してください。
※定期預金口座があり、残高がない場合でもないことがわかる部分が必要です。

記入見本

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。

〇〇年 〇月 〇日

<本人>

住所 豊中市〇〇町〇〇-〇〇

氏名 □□ △△

被保険者ご本人の住所・氏名をご記入ください。

<配偶者>

住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

氏名 □□ ○○

配偶者がいらっしゃる場合は、**配偶者の住所・氏名をご記入**ください。