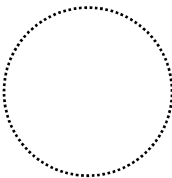


介護保険負担限度額認定申請書



フリガナ		被 保 険 者 番 号													
被保険者氏名		個人番号													
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日生														
住 所	〒 電話番号 ()														
介護保険施設の所在地及び名称 (※)	〒 電話番号 () 所在地 名称														
入所 (院) 年月日 (※)	年 月 日														

(※) 介護保険施設に入所 (院) しない場合には、記入は不要です。

配偶者の有無		有 ・ 無	「無」の場合は、「配偶者に関する事項」について記入不要です。													
配 偶 者 に 関 する 事 項	フリガナ		生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生												
	配偶者氏名		市 町 村 民 税	課 税 ・ 非 課 税												
			個人番号													
	住 所	〒 電話番号 ()														

(注) 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。

(あて先) 京田辺市長
上記のとおり食費・居住 (滞在) 費に係る負担限度額認定の申請をします。

年 月 日

住所

申請者 氏名 電話番号 ()

被保険者との続柄

京田辺市記入欄

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適 用 年 月 日	
年 月 日から	

介護保険負担限度額認定に関する申告書

(本人) 収入等に関する申告	☐	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	
	☐	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 <u>年額 82.65 万円以下</u> です。 (受給している年金に○してください。) ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。	
	☐	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 <u>年額 82.65 万円超 120 万以下</u> です。 (受給している年金に○してください。) ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。	
	☐	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 <u>年額 120 万円を超え</u> ます。 (受給している年金に○してください。) ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。	
預貯金等に関する申告	預貯金額	本人	円
		配偶者	円
	有価証券 (評価換算額)	本人	円
		配偶者	円
	その他 (現金・負債を含む)	本人	円
		配偶者	円

注意事項

- (1) 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。
- (2) 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、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書ききれない場合は、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。
- (4) 預貯金額等については、金融機関等に照会することがあります。
- (5) 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。

同意書

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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

年 月 日

<本人>

住所

氏名 印

<配偶者>

住所

氏名 印