

介護保険負担限度額認定申請書

(宛先) 京 都 市 区 長	年 月 日
申請者(被保険者)住所	申請者(被保険者)氏名

介護保険法施行規則第83条の5第1号～第4号(世帯員全員が市民税非課税、生活保護を受給している等)のいずれかに該当するため、同規則第83条の6第1項(要介護1～5の方)又は、同規則第97条の4において準用する同規則第83条の6第1項(要支援1～2の方)の規定により、関係書類を添えて、食費・居住費等に係る負担限度額認定を申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	-	個人番号			
	住所	(□申請者欄と同じ)				
	フリガナ	電話 -				
	氏名	(□申請者欄と同じ)	生年月日	年	月	日
			性別	男 ・ 女		

現在入所している事業所又は介護保険施設 (入所されていない場合は記載不要です。)	名称					
	所在地					
	入所した年月日	年	月	日		

申請者以外の家族の方が提出される場合

提出者氏名	申請者との関係 ()	連絡先等	
-------	----------------	------	--

○ 配偶者に関する事項

配偶者の有無	有 ・ 無	配偶者が「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」欄について記載は不要です。			
フリガナ		個人番号			
配偶者の氏名		生年月日	年	月	日
市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税				
配偶者の住所	(□申請者と同じ)				
	電話				
配偶者の1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)					

◎裏面(預貯金等に関する申告等)に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

区役所・支所使用欄

起案	年 月 日	決定	年 月 日	課長	係長	係員	
下記のとおり決定します。							
承認する		承認しない (理由: 課税 ・ 配偶者 ・ 資産 ・)					
食費 負担限度額	円	居住費 負担限度額	ユニット型	準ユニット	従来個室(特)	従来個室(老)	多床室
			円	円	円	円	円
認定期間	年 月 日		から		年 月 日		
送付先	□申請者住所 □入所先施設 □その他 ()						

(表面からの続き)

○ 預貯金等に関する申告

種類	氏名 (口座名義)	金融機関及び支店名	預貯金額
預貯金			円
			円
			円
			円
			円
有価証券等	氏名	種類	評価概算額
			円
その他 (負債・現金等)	氏名	種類	金額
			円
			円
		合計	円

(注意事項)

- 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、そのすべてを記入してください。
- 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うえ添付してください。
- 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。

○ 必要書類

預貯金等の要件を確認できる次の書類などを添付してください。

- ・預貯金 (普通・定期) …通帳の写し (銀行名・支店名・口座番号・名義, 最終残高 (2ヶ月前までの分かる部分))
- ・有価証券 (株式・国債など) …証券会社や銀行の口座残高の写し
- ・負債 (借入金・住宅ローンなど) …借用書など

同意書

京都市長 様

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、京都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

印

<配偶者>

住所

氏名

印

(裏面)