

京都市介護保険負担限度額認定申請書（表面）

申請者の住所、氏名を記入してください。

申請年月日を記入してください。

介護保険負担限度額認定申請書

令和4年8月1日

申請者（被保険者）住所

京都市中京区〇〇〇

申請者（被保険者）氏名

京都 太郎

被保険者の被保険者番号、個人番号、住所、氏名、生年月日、性別を記入してください。
住所、氏名が、申請者と同じ場合は「申請者欄と同じ」にチェックを入れることで、記入を省略することができます。

被保険者番号

10001-000000

個人番号

999988887777

住所

(☒申請者欄と同じ)

フリガナ

キョウト タロウ

氏名

(☒申請者欄と同じ)

生年月日

昭和20年1月1日

電話

075-111-1111

非課税年金を受給している場合は、「有」に○を付け、遺族年金又は障害年金のいずれかに○を付けてください。
非課税年金を受給されていない場合は、「無」に○を付けてください。

有 (遺族年金※・障害年金)

無

※ 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。

名称

特別養護老人ホームあかさたな

入所年月日

令和〇年〇月〇日

施設所在地

京都市中京区▲▲▲

現在入所中の事業所又は施設の名称、入所年月日、所在地を記入してください。入所中でない場合は記載不要です。

家族の方が提出される場合

京都 花子

申請者との関係

妻

連絡先等

090-111-1111

配偶者の有無

有

無

配偶者がいる場合は「有」に○を付け、以下の項目を記入してください。
配偶者がいない場合は、「無」に○を付けてください（以下の項目の記入は必要ありません。）。

配偶者の氏名

キョウト ハナコ

個人番号

888877776666

生年月日

昭和21年1月1日

課税

非課税

配偶者の市町村民税課税状況について、課税又は非課税のいずれかに○を付けてください。

配偶者の住所が申請者と同じ場合は「申請者と同じ」にチェックを入れることで、記載を省略することができます。

配偶者の1月1日現在の住所（現住所と異なる場合は記入してください。）

(☒申請者と同じ)

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。

決定

令和4年8月1日

課長

係長

係員

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

円

ユニット型

ユニット多床室

従来個室 (特)

従来個室 (老)

多床室

認定期間

令和4年8月1日から令和4年8月1日

送付先

☐申請者住所 ☐入所先施設 ☐その他 ()

生活保護受給者

☐ サービス利用開始日 令和4年8月1日 ☐ 申請月と同じ

非課税年金

☐ 要照会

申請区分

☐ 新規 ☐ 更新

申請年度

令和4年度

区担当者名

※生活保護を受給している方は、「○ 配偶者に関する事項」以降の記入及び必要書類の添付を省略することができます。

- ・預貯金等の申告については、申告漏れのないようにご注意ください。
- ・資産を保有する全ての預貯金の通帳等を記入してください。

配偶者や預貯金等に関して、虚偽の申告を行った場合には、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。

○ 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	預 貯 金 額
預 貯 金 (受取金)	京都 太郎	平安銀行 烏丸支店	345,670 円
	京都 花子	鎌倉銀行 烏丸支店	1,234,567 円
配偶者がいる場合は、配偶者 預貯金等についても記入して ください。 夫婦以外の世帯員に係る資産 については、記入不要です。） 記入欄が足りない場合は、余 白に記入するか、別紙に記入の うえ添付してください。			
	氏 名	種 類	評価概算額
	京都 太郎	●●株式会社 株式	234,567 円
	氏 名	種 類	金 額
	京都 太郎	投資信託	345,678 円
(負債・現金等)			円
合計			2,160,482 円

・記入欄が足りない場合は、余白に記入するか、別紙に記入のうえ添付してください。

預貯金については、普通預金、定期預金のどちらについても申告の対象になりますので、申告漏れのないように注意してください。

(注意事項)

- (1) 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。
- (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うえ添付してください。
- (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。

○ 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（申請日の直近2ヶ月以内）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

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。

令和4年 8月 1日

<本人>

住所 京都市中京区〇〇〇

氏名 **京都 太郎**

<配偶者>

住所 京都市中京区〇〇〇

氏名 京都 花子

・住所・氏名を記載してください。代筆の場合は、代筆である旨記入し、代筆者の氏名、続柄を追記してください。

(代筆例)

京都太郎 代筆者 京都花子 妻

・また、配偶者がいる場合は預貯金等の有無に関わらず、配偶者の住所・氏名を記載してください。

※ ご注意ください！

配偶者や預貯金等に関して虚偽の申告を行い、不正に介護給付を受けた場合には、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。