

京都市介護保険負担限度額認定申請書（課税層特例措置）（表面）

・申請年月日を記入してください。
 ・郵送の場合は、ポストに投函する日を記入してください。

申請者の住所、氏名を記入してください。

（ ）京都市長	令和3年4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。

（生活保護受給者、住民税非課税、生活保護を受給している等）の方）又は、同規則第97条の4において準用規定を適用し、関係書類を添えて、食費・居住費等に係る

負担限度額認定を受ける。	被保険者番号	10001-00000	個人番号	999988887777
被保険者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者欄と同じ		
フリガナ	電話	075-111-1111		
氏名	生年月日	昭和20年1月1日		
	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女		

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。

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。）

配偶者の有無	有・無	配偶者事項	申請者との関係	連絡先等	090-111-1111
	有	キョウト ハナコ	妻		
		京都 花子			
			個人番号	888877776666	
			生年月日	昭和21年1月1日	
			課税	非課税	

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。

申請者以外の家族の方等が申請書を提出される場合は、提出者の氏名、申請者との関係、連絡先を記入してください。

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。

（申請者欄と同じ）に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

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 年 月 日 から 令和 年 月 日							
送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所	<input type="checkbox"/> 入所先施設	<input type="checkbox"/> その他（ ）					
生活保護受給者	<input type="checkbox"/> サービス利用開始日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請月と同じ					
非課税年金	<input type="checkbox"/> 要照会	申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	申請年度	令和 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。

(裏面)

(表面からの続き)

○ 預貯金等

種類	金額
預貯金(普通・定期)	円
	円
	円
	円
	円
有価証券等 (株式、国債など)	円
その他 (負債・現金等)	円
	円
	円
	円
合計	円

(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

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

<配偶者>
住所
氏名

※ 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。