

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

宛先）京都市長	令和〇年〇月〇日
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。

市民税非課税、生活保護を受給している等の5の方)又は、同規則第97条の4において準り、関係書類を添えて、食費・居住費等に係る

被保険者番号 10001-00000	個人番号 999988887777
住所 (<input checked="" type="checkbox"/> 申請者欄と同じ)	電話 075-111-1111
フリガナ キヨウ 太郎 (<input checked="" type="checkbox"/> 申請者欄と同じ)	生年月日 昭和20年 1月 1日

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。

年金 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。)。

名称 特別養護老人ホームあかさな	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。
名 京都 花子	申請者との関係 (妻) 連絡先等 090-1111-1111

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。

配偶者の有無 有	配偶者 キヨウ ハナコ	個人番号 888877776666
	京都 花子	生年月日 昭和21年 1月 1日
課税状況 課税	・ 非課税	
住所 (<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ)	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。	
在の住所(現住と異なる場合)		

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。

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。

年 月 日	決定	令和 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	ユニット多床室	従来個室(特)	従来個室(老)	多床室
円	円	円	円	円	円	円	
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	

(表面)

※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)
○ 預貯金等に関する申告

裏面以降については全て記入不要

その他 (負債・現金等)	預貯金	年金	合計
			円
			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（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

(裏面)

※ 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。