

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

長岡京市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ			被保険者番号																
被保険者氏名			個人番号																
生 年 月 日	年 月 日																		
住 所																			
	連絡先																		
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）																			
	連絡先																		
入所（院）年月日（※）	年 月 日		(※)介護保険施設に入所（院）していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。																

配 偶 者 の 有 無		有 ・ 無		左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。															
配 偶 者 に 関 す る 事 項	フリガナ																		
	氏 名																		
	生年月日	年 月 日		個人番号															
	住 所																		
		連絡先																	
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）																		
課 税 状 況	市町村民税 課税 ・ 非課税																		

収 入 等 に 関 す る 申 告	☐	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者															
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 8 0 万円以下です。（受給している年金に○して下さい。以下同じ。） ※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、以下同じ。															
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 8 0 万円を超え、1 2 0 万円以下です。															
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 1 2 0 万円を超えます。															
預 貯 金 等 に 関 す る 申 告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1 0 0 0 万円（夫婦は 2 0 0 0 万円）、③の方は 6 5 0 万円（同 1 6 5 0 万円）、④の方は 5 5 0 万円（同 1 5 5 0 万円）、⑤の方は 5 0 0 万円（同 1 5 0 0 万円）以下です。 ※第 2 号被保険者（4 0 歳以上 6 4 歳以下）の場合、③～⑤の方は 1 0 0 0 万円（夫婦は 2 0 0 0 万円）以下です。															
	預貯金額	円		有価証券（評価概算額）	円		その他（現金・負債を含む）	()※ 円									

※内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

注意事項

(1) この申請書における「配偶者」については、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保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。

(3) 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上添付してください。

(4) 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

長岡京市長 殿

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、貴市（町村）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 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名