

介護保険負担限度額認定申請書

令和7年度

申請日

年

月

日

伊丹市長 様 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。

【1】被保険者、配偶者について

被 保 険 者	氏 名			被 保 険 者 番 号	0000		
	生 年 月 日	明 ・ 天 ・ 昭 年 月 日		市町村民税 (○印を)	課税 ・ 非課税	個人番号	
	住 所	連絡先 — —					
配 偶 者	フリガナ			個 人 番 号			
	氏 名			生 年 月 日	年 月 日	市町村民税 (○印を)	課税 ・ 非課税
	住 所			令和7年1月1日 現在の住所	※左記住所と異なる場合のみ記入		

↑ 配偶者（内縁関係含む）がいる場合、ご記入下さい。配偶者欄にご記入がない場合、「配偶者無」とみなします。

【2】被保険者の収入等に関する申告（必ず該当する箇所にチェックして下さい）

☐	生活保護受給者/老齢福祉年金受給者。
☐	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 <u>年額80万9千円以下</u> 。
☐	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 <u>年額80万9千円を超え、120万円以下</u> 。
☐	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 <u>年額120万円を超える</u> 。

*受給している年金に○して下さい。

【3】預貯金等の申告について

保有している預貯金等の資産について、該当するものがある場合は本人と配偶者の合計額を記入して下さい。						
預貯 金額	普通預金	円	有価 証券	円	その他 (現金・負債等)	内 容 () 円
	定期預金	円				

※金額欄に記入の無い場合、その項目は0円と申請したものとみなします。少額でも必ず記入して下さい。

【4】申請者について

申 請 者	氏 名	続柄 ()	連絡先 (日中つながる 番号)	— —
	住 所			

同 意 書

伊丹市長様

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、年金保険者または銀行、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

<被保険者本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

【注意事項】

- 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または内縁関係の者を含みます。
- 同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その合計額を記入し、すべての通帳等の写しを添付して下さい。
- 預貯金等に関する申告欄のその他に書き切れない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入の上添付して下さい。
- 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。
- 認定後、申告内容に相違があることが判明した場合は、遡って取消しまたは変更をすることがあります。