介護保険負担限度額認定申請書

記入例

令和6年度

申請日 令和6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	伊丹 太郎		被保険者番号	0000	消えるボールペン、鉛筆での記入はしないでください						
	生年月日	明・大	●	10	年10		月10	日	市町村民税 (○印を)	課税	●	非課税
	住所	伊丹市千僧1-1			連絡先		072-784-8037					
配 偶 者	フリガナ	イタミ ハナコ		個人番号								
	氏名	伊丹 花子		生年月日	昭和11年	11月	11日	市町村民税 (○印を)	課税	●	非課税	
	住所	伊丹市千僧1-1		令和6年1月1日 現在の住所	※左記住所と異なる場合のみ記入 ●●県××市△△1丁目-1							

↑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年額80万円以下。

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80万円を超え、120万円以下。

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120万円を超える。

*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	512,341 円	有価証券	円	その他 (現金・負債等)	内容 (現金) 30,000 円
	定期預金	0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	伊丹 花子	続柄 (妻)	連絡先 (日中つながる 番号)	072-784-8037
	住所	伊丹市千僧1-1			

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、年金保険者または私及び私の配偶者（内縁関係含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金等の合計額を記入して下さい。

日付をご記入ください

同意書は生活保護を受給されている方以外は必ず記入ください

また、貴市長報告要求に対し、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6年 ●月 ×日

<被保険者本人>

住所 伊丹市千僧1-1

氏名 伊丹 太郎

<配偶者>

住所 伊丹市千僧1-1

氏名 伊丹 花子

【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、遡って取消または変更をする場合があります。