

介護保険 負担限度額認定申請書

年 月 日

柏原市長 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。

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号		0	0	0	0													
	個人番号																		
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 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	明 ・ 大 ・ 昭 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82.65万円以下です。（受給している年金に○してください） ※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。以下に同じ。																	
	☐	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82.65万円を越え、120万円以下です。																	
	☐	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120万円を越えます。																	
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1,000万円（夫婦は2,000万円）、 ③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、 ⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）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

- 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。
- 預貯金等については、保有されている預貯金額のすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
なお直近2ヶ月の記帳が確認できるものとします。（配偶者の通帳も含みます）
- 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。
- 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。
- 申請者の身分が確認できる公的な身分証明証をご用意ください。親族以外の申請は委任状が必要です。

同 意 書

柏原市長 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、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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名