

見本

介護保険 負担限度額認定申請書

《表》

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	カシワラ タロウ	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6		
被保険者氏名	柏原 太郎	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
生年月日	昭和 5年 6月 1日													
住所	〒582-8555 柏原市安堂町1番55号													
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	特養 ○○○													
入所（院）年月日（※）	令和 4年 5月 1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	カシワラ ハナコ												
	氏名	柏原 花子												
	生年月日	明・大 昭 5年 12月 1日												
	住所	同上												
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	連絡先												
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税													
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> ①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税者であること、かつ、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80万円以下です。（受給している年金に○して下さい。以下同じ。） <input type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税者であつて、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80万円を超え、120万円以下です。 <input checked="" type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者であつて、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80万円を超え、120万円以下です。 <input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であつて、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80万円を超え、120万円以下です。													
	<input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であつて、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80万円を超え、120万円以下です。													
	<input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であつて、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80万円を超え、120万円以下です。													
	<input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であつて、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80万円を超え、120万円以下です。													
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/> ①預貯金、有価証券の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下、③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は500万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。 <input type="checkbox"/> ※第2号被保険者（65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	4,500,000円						有価証券（評価概算額）	0円					
その他（現金・負債を含む） （現金）※ 200,000円														

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	柏原 次郎	連絡先（自宅・勤務先）	123-456-7890
申請者住所	柏原市安堂町1番55号	本人との関係	長男

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書をご用意ください。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。

令和〇年 〇月 〇日

<本人>

住所 柏原市安堂町1番55号

氏名 柏原 太郎

<配偶者>

住所 同上

氏名 柏原 花子