

記入要領

介護保険負担限度額

提出日(記入日)を記入

(申請先)

年 月 日

柏崎市長

次のとおり関係書類を添付

対象者本人の氏名を記入

負担限度額認定を申請します。

「介護保険被保険者証」の
被保険者番号を記入

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号	
	個人番号	
	生	年 月 日
「施設入所している場合」には、施設の所在地、 名称、入所年月日を記入	記入前に制度案内用リーフレット「負担限度額認定(食費・居住費の減額認定)について」中、 6 個人番号の記載についてをご確認ください。	
入所の所在地及び名称(※)	年 月 日	(※)介護保険施設に入所

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。
フリガナ		課税状況 市町村民税
氏 名		果 税 ・ 非 課 税
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)		

該当する欄にチェックマークを記入

収入等に関する申告	☐ ①生	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 80 万円以下です。 (受給している年金に○をして下さい。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 80 万円を超え、 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 80 万円を超え、 120 万円を超えます。	
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐ ⑥550 万円(同一世帯内) ※第2号被保険者(40歳未満)の場合、③～⑤の方は1000.万円(夫婦は2000.万円)以下です。	

本人と配偶者のすべて預貯金等の合計金額を記入
制度案内用リーフレット「負担限度額認定(食費・居住費の減額認定)について」中、
5 申請書の「預貯金等に関する申告」欄についてをご確認ください。

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

申請者が対象者本人以外の場合、各欄(4か所)を記入してください。

注

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

(6)

(7)

(8)

(9)

(10)

(11)

(12)

(13)

(14)

(15)

(16)

(17)

(18)

(19)

(20)

(21)

(22)

(23)

(24)

(25)

(26)

(27)

(28)

(29)

(30)

(31)

(32)

(33)

(34)

(35)

(36)

(37)

(38)

(39)

(40)

(41)

(42)

(43)

(44)

(45)

(46)

(47)

(48)

(49)

(50)

(51)

(52)

(53)

(54)

(55)

(56)

(57)

(58)

(59)

(60)

(61)

(62)

(63)

(64)

(65)

(66)

(67)

(68)

(69)

(70)

(71)

(72)

(73)

(74)

(75)

(76)

(77)

(78)

(79)

(80)

(81)

(82)

(83)

(84)

(85)

(86)

(87)

(88)

(89)

(90)

(91)

(92)

(93)

(94)

(95)

(96)

(97)

(98)

(99)

(100)

(101)

(102)

(103)

(104)

(105)

(106)

(107)

(108)

(109)

(110)

(111)

(112)

(113)

(114)

(115)

(116)

(117)

(118)

(119)

(120)

(121)

(122)

(123)

(124)

(125)

(126)

(127)

(128)

(129)

(130)

(131)

(132)

(133)

(134)

(135)

(136)

(137)

(138)

(139)

(140)

(141)

(142)

(143)

(144)

(145)

(146)

(147)

(148)

(149)

(150)

(151)

(152)

(153)

(154)

(155)

(156)

(157)

(158)

(159)

(160)

(161)

(162)

(163)

(164)

(165)

(166)

(167)

(168)

(169)

(170)

(171)

(172)

(173)

(174)

(175)

(176)

(177)

(178)

(179)

(180)

(181)

(182)

(183)

(184)

(185)

(186)

(187)

(188)

(189)

(190)

(191)

(192)

(193)

(194)

(195)

(196)

(197)

(198)

(199)

(200)

(201)

(202)

(203)

(204)

(205)

(206)

(207)

(208)

(209)

(210)

(211)

(212)

(213)

(214)

(215)

(216)

(217)

(218)

(219)

(220)

(221)

(222)

(223)

(224)

(225)

(226)

(227)

(228)

(229)

(230)

(231)

(232)

(233)

(234)

(235)

(236)

(237)

(238)

(239)

(240)

(241)

(242)

(243)

(244)

(245)

(246)

(247)

(248)

(249)

(250)

(251)

(252)

(253)

(254)

(255)

(256)

(257)

(258)

(259)

(260)

(261)

(262)

(263)

(264)

(265)

(266)

(267)

同意書

柏崎市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、以下の項目について同意します。

- 1 保険者が私、私の世帯員及び配偶者の所得の状況等について調査すること。
- 2 私が利用している（利用していた）介護保険施設又は居宅介護支援事業者（所）若しくは介護予防支援事業者（所）に対して、私の氏名、被保険者番号及び決定内容について通知すること。
- 3 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。
- 4 銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意すること。

提出日(記入日)を記入

令和 年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名

本人と配偶者
両名の氏名、
住所を記入
※配偶者無の
場合は配偶者
欄の記入不要