

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
入所の所在地及び名称(※)	「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					
入所(院)年月日(※)	年	月	日	※介護保険施設に入所		

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。**

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	氏名	生年月日	住所	課税状況	市町村民税	県税・非課税
配偶者に関する事項	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	個人番号	連絡先			

「配偶者の有無」に○を付け、「有」の場合は、下の配偶者情報を記入

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> ①生	る老齢福祉年金受給者				
	<input type="checkbox"/> 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 9 千円以下です。(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。					
	<input type="checkbox"/> 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 9 千円を超え、120 万円以下です。					
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/> ⑤市町村民税課税者であって、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 9 千円を超え、120 万円を超えます。					
	<input type="checkbox"/> ⑥市町村民税課税者であって、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 9 千円を超え、120 万円を超え、かつ、④の方は					
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

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

注 (1) 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。

(2) 申請書の写しを添付してください。

(3) 書ききれない場合は、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。

(4) 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。

市記入欄

この欄は記入しないでください。

※裏面もあります(記入が必要です)

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 **提出日(記入日)を記入** 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。

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**