

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 年 月 日
柏崎市長
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		被保険者番号																	
被保険者氏名		個人番号																	
		生 年 月 日		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								市町村民税										
	氏 名							課税状況	課 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)	〒																	

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 万 6,500 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 82 万 6,500 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 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	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)、③の方は 650 万円(同 1650 万円)、④の方は 550 万円(同 1550 万円)、⑤の方は 500 万円(同 1500 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 1000 万円(夫婦は 2000 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 ※内容を記入して下さい							

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
(1) 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。
(2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
(3) 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。
(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。

・2 号被保険者(☐ 該当・ ☐ 非該当)	・市民税の状況(●世帯： ☐ 非課税・ ☐ 課税 、●配偶者： ☐ 非課税・ ☐ 課税)
・特例減額(☐ 該当:要別紙・ ☐ 非該当)	・老齢福祉年金受給者、又は被保護者(☐ 該当・ ☐ 非該当) → 該当は、預貯金合計額① ※2 号被保険者も①
適用年月日 令和 年 月 日	・合計所得金額と年金収入額の合計額(☐ ②82 万 6,500 円以下・ ☐ ③82 万 6,500 円～120 万円・ ☐ ④120 万円以上)
有効期限 令和 年 月 日	・預貯金等の合計額 (☐ ①1,000 万円以下・ ☐ ②650 万円以下・ ☐ ③550 万円以下・ ☐ ④500 万円以下)※夫婦は 1,000 万円加算
交付年月日 令和 年 月 日	・利用者負担段階(☐ 第 1 段階・ ☐ 第 2 段階・ ☐ 第 3-①段階・ ☐ 第 3-②段階・ ☐ 第 4 段階)

※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 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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えること。

令和 年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名