

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し、負担限度額認定を申請します。

対象者本人の氏名を記入

「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		
入所の所在地及び名称(※)	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(院)年月日(※)	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。	
配偶者に関する事項	フリガナ	課税状況	市町村民税
	氏 名	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)			

「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

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 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 82 万 6,500 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	☐ ⑥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。	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。				
	☐ ⑦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。					
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

(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。

(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。

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

<本人>

住所

氏 名

<配偶者>

住所

氏 名