

# 見本表

## 介護保険負担限度額認定申請書（新規用）

令和〇年〇月〇日

川西市長あて

次のとおり、関係書類を添えて、介護保険施設の入所等に係る申請を行います。  
 また、この申請に係る認定結果について、居宅介護支援事業者及び市福祉部の関係機関に対し、介護保険課より情報提供されることに同意します。

不明な場合空白でも可

フリガナ	カワニシ タロウ	被保険者番号	000011111*			
被保険者氏名	川西 太郎	個人番号				
		生年月日	明・大・ <b>昭</b> 10年10月10日			
住所	〒666-****	電話番号(072)****-****				
	川西市中央町〇番〇号					
入所(院)した介護保険施設	名称	***特別養護老人ホーム	施設種類			
	1.特別養護老人ホーム 2.介護老人保健施設 3.介護医療院・介護療養型医療施設 4.ショートステイ					
配偶者の有無	<b>有</b> ・無	「無」の場合、「配偶者に関する事項」は記入不要				
配偶者について	フリガナ	カワニシ ハナコ	個人番号			
	配偶者氏名	川西 花子	生年月日			
			明・大・ <b>昭</b> 11年11月11日			
	本年1月1日現在の住所	〒	電話番号( ) -	課税状況		
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同住所である。		被保険者と同住所	課税 <b>非課税</b>			
収入等について	非課税年金受給の有無	<b>有</b> 遺族年金 <b>障害年金</b>	世帯の課税状況	課税 <b>非課税</b>	生活保護受給の有無	有 <b>無</b>
	年金収入額 + その他の合計所得金額	65歳以上	年額80万円以下	預貯金の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下ですか【はい いいえ】		
		64歳以下	<input checked="" type="checkbox"/> 年額80万円超120万円以下	年額120万円超	預貯金の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下ですか【 <input checked="" type="checkbox"/> はい いいえ】	
	年額80万円以下		年額80万円超120万円以下	預貯金の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下ですか【はい いいえ】		
	年額80万円以下		年額80万円超120万円以下	預貯金の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下ですか【はい いいえ】		
	年額80万円超120万円以下		年額120万円超	預貯金の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下ですか【はい いいえ】		
預貯金等	【預貯金(普通・定期等)】	【有価証券】	【その他(現金・負債含む)】			
	1,000,000円	000,000円	000,500,000円			
	【の合計】			1,050,000円		
預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり。						

該当の にチェックしてください

裏面も確認の上、必ずご記入ください

市記載欄

照会(要・不要)	記載不要	預貯金	段階	
預貯金等		000)万以下	1段階	
非課税年金		50)万以下	2段階	
他( )		上記以外		
受付	結果	80~120以下	550(1,550)万以下	3段階
	承認		上記以外	
	非該当	120~	500(1,500)万以下	3段階
			上記以外	
				4段階

# 見本 裏

## 同意書

川西市長殿

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に伝えて構いません。

年 月 日

<被保険者(本人)>

<配偶者>

氏名	川西 太郎	氏名	川西 花子
住所	川西市中央町〇番〇号	住所	川西市中央町〇番〇号

<成年後見人等の場合>

川西太郎 成年後見人〇〇 〇〇

<成年後見人等の場合>

川西花子 成年後見人〇〇 〇〇

<本人以外が提出する場合>

申請者氏名	兵庫 一郎	本人との関係	長男
住所	〒***-*** 〇〇市〇〇町〇番	電話番号	(080)1111-***

### 【注意事項】

- (1) この申請書は、**成年後見人等による同意書記入の場合は、登記事項等証明書等の代理権を証明する書類**、**成年後見人等の本人確認書類**の写しを別途添付してください。
- (2) 申請時点で配
- (3) 預貯金等に  
しを添付して  
通帳等の写
- (4) 預貯金等について、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。
- (5) 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倍の加算金を徴収させていただくことがあります。