

介護保険負担限度額認定申請書（新規用）

年 月 日

見本 表

次のとおり、関係書類を添えて、介護保険負担限度額認定の申請をします。

また、この申請に係る認定結果について、**不明な場合空白でも可** 所・介護保険施設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。

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・昭10年10月10日
住所	〒666-**** 川西市中央町〇番〇号	電話番号	(072) ***-****
入所（院）した介護保険施設名称	**** 特別養護老人ホーム	施設	1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 ショートステイ
	入所年月日（昭10年11月11日）		
配偶者の有無	有・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・昭11年11月11日
		課税状況	課税・非課税
本年1月1日現在の住所	〒		
	☑被保険者と同住所である。 ※被保険者と同住所の場合記入不要。左記にチェックしてください。		
収入等について	非課税年金受給の有無	有（遺族年金 障害年金） 無	世帯の課税状況
		課税・非課税	生活保護受給の有無
	65歳以上	□年額80.9万円以下 ☑年額80.9万円超120万円以下 □年額120万円超	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】 預貯金の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下ですか【☑はい □いいえ】 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】
	64歳以下	□年額80.9万円以下 □年額80.9万円超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】
預貯金等に	【①預貯金(普通・定期等)】 1,000,000円		
	【②有価証券】 000,000円		
	【③その他(現金・負債含む)】 000,500,000円		
	【①②③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。		

裏面同意書も確認の上、必ずご記入ください

市記載欄

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

記載不要

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、報告を求めることに同意します。

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×××

<成年後見人等の場合>

川西太郎 成年後見人×××

【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) 申請時点で配偶者が死亡している場合、「配偶者の有無」については、無を記載してください。
- (3) 預貯金等については、同じ種類のものを複数所持している場合は、その合計額を記載し、すべての通帳等の写しを添付してください。
- (4) 預貯金等
- (5) 虚偽の申請に基づき

※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

・成年後見人等本人確認書類の写し

を別途添付してください。

<提出者> 被保険者本人が提出の場合は記入不要

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