

介護保険負担限度額認定申請書（新規用）

見本 表

川

年 月 日

次のとおり、専用欄を添えて、介護保険

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

担限度額認定の申請をします。

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

フリガナ	カワニシ タロウ		被保険者番号	0000111111*	
被保険者氏名	川西 太郎		個人番号		
住 所	〒666-**** 川西市中央町○番○号		生年月日	明・大・昭 10年10月10日	
入所（院）した 介護保険施設 名称	***** 特別養護老人ホーム		電話番号（072）*****-*****	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 平 令 11年1月11日）			不明な場合空白でも可		
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	〒 該当の□にチェックしてください				
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	
	年金収入額 + その他の合計所得金額	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】 □□,□□□,□□□円	【③その他（現金・負債含む）】 □□,□50,000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）	記載不要		段階
□預貯金等			以下
□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	□4段階
	□承認 □非該当	□120～ □500(1,500)万以下 □上記以外	□3段階②

見本 裏

同意書

川西

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) 虚偽の申告に基づく

※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-***	