

介護保険負担限度額認定申請書 (新規用)

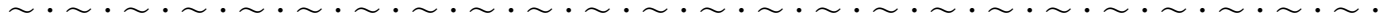
年 月 日

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	0	0	0	0	1	1	1	1	1	*		
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-****		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	<input checked="" type="checkbox"/> 1.特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 2.介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3.介護医療院・介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 4.ショートステイ											
配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	本年1月1日現在の住所	〒		課税状況	課税 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 非課税										
	<input checked="" type="checkbox"/> 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。		該当の <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (遺族年金 <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金)		世帯の課税状況	課税 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 非課税										
	年金収入額 + その他の合計所得金額	65歳以上	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 年額80万円超120万円以下 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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 年額120万円超 預貯金の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ												
		64歳以下	<input type="checkbox"/> 年額80万円以下 預貯金の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ												
			預貯金等について	【①預貯金(普通・定期等)】 【②有価証券】 【③その他(現金・負債含む)】 1,000,000円 0円 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	
	<input type="checkbox"/> 預貯金等	以下		<input type="checkbox"/> 1段階	
	<input type="checkbox"/> 非課税年金	以下		<input type="checkbox"/> 2段階	
	<input type="checkbox"/> 他()	以下		<input type="checkbox"/> 3段階①	
受付	結果	<input type="checkbox"/> 承認	<input type="checkbox"/> 120~	<input type="checkbox"/> 500(1,500)万以下	<input type="checkbox"/> 3段階②
	<input type="checkbox"/> 非該当			<input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 4段階

見本 裏

同意書

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、同じ種類のこと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
- (4) 預貯金等
- (5) 虚偽の申

※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 - * * * *