

介護保険負担限度額認定申請書（更新用）

年 月 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居住費及び食費の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、居宅介護支援事業者・居宅サービス事業所・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		被保険者番号		0	0	0	0							
被保険者氏名		個人番号												
		生年月日		明	・	大	・	昭	年	月	日			
住所		〒 電話番号 () -												
入所(院)した介護保険施設	名称	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		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		個人番号											
	配偶者氏名		生年月日		明	・	大	・	昭	年	月	日		
	課税状況		課税 ・ 非課税											
本年1月1日現在の住所		〒 電話番号 () -												
		☐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	有 ・ 無						
	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】									
			☐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【☐はい ☐いいえ】									
			☐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【☐はい ☐いいえ】									
	64歳以下	☐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【☐はい ☐いいえ】										
		☐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】												
預貯金等に	【①預貯金(普通・定期等)】		【②有価証券】		【③その他(現金・負債含む)】									
	□□, □□□, □□□□ 円		□□, □□□, □□□□ 円		□□, □□□, □□□□ 円		【①②③の合計】							
		※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり。 □□, □□□, □□□□ 円												

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) | 保険者種別             | 本人(世帯)       | 非課税年金 | 所得段階      | 預貯金              | 段階    |
| ☐預貯金等    | ☐1号               | ☐課税          | ☐なし   | ☐生保       | ☐1,000(2,000)万以下 | ☐1段階  |
| ☐非課税年金   | ☐2号               | (本人・配偶者・世帯員) | ☐遺・障  |           | ☐上記以外            |       |
| ☐他( )    | 【1,000(2,000)万以下】 | ☐非課税         |       | ☐80万以下    | ☐650(1,650)万以下   | ☐2段階  |
|          |                   |              |       |           | ☐上記以外            |       |
|          |                   |              |       | ☐80~120以下 | ☐550(1,550)万以下   | ☐3段階① |
|          |                   |              |       |           | ☐上記以外            |       |
|          |                   |              |       | ☐120~     | ☐500(1,500)万以下   | ☐3段階② |
|          |                   |              |       |           | ☐上記以外            |       |
|          |                   |              |       |           |                  | ☐4段階  |

  

|    |      |
|----|------|
| 受付 | 結果   |
|    | ☐承認  |
|    | ☐非該当 |

# 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 |  | 氏名 |  |
| 住所 |  | 住所 |  |

## 【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付してください。
- (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。

<提出者> 被保険者本人が提出の場合は記入不要

|       |   |          |   |
|-------|---|----------|---|
| 提出者氏名 |   | 本人との関係   |   |
| 住所    | 〒 | 電話番号 ( ) | - |