

介護保険負担限度額認定申請書 (更新用)

令和5年6月0日

見本表

不明な場合空白でも可

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、市・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	<input checked="" type="radio"/> 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		
	本年1月1日現在の住所	〒		課税状況		
			課税・ <input checked="" type="radio"/> 非課税			
収入等について	非課税年金受給の有無	<input checked="" type="radio"/> 有(遺族年金 <input checked="" type="radio"/> 障害年金)	世帯の課税状況	課税・ <input checked="" type="radio"/> 非課税	生活保護受給の有無	<input checked="" type="radio"/> 無
	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	【①預貯金(普通・定期等)】	【②有価証券】	【③その他(現金・負債含む)】	【①②③の合計】		
	1,000,000円	000,000円	000,500,000円	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	金	段階
<input type="checkbox"/> 預貯金等		0)万円以下	<input type="checkbox"/> 1段階
<input type="checkbox"/> 非課税年金		行以下	<input type="checkbox"/> 2段階
<input type="checkbox"/> 他()		行以下	<input type="checkbox"/> 3段階①
受付	結果		
	<input type="checkbox"/> 承認		<input type="checkbox"/> 上記以外
	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 120~	<input type="checkbox"/> 500(1,500)万以下
			<input type="checkbox"/> 上記以外
			<input type="checkbox"/> 4段階

見本 裏

同意書

川西市

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>
川西花子 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付してください。
- (4) 預貯金等の残高については、申請時点の残高を記載してください。
- (5) 虚偽の申告をした場合は、第22条第1項の規定に基づき、罰金等の処罰の対象となります。

※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-****	