

介護保険負担限度額認定申請書

※修正テープ(修正液含む)および消えるボールペンの使用はできません

鎌ケ谷市長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ	カマガヤ タロウ	被保険者番号	0 0 0 0 1 1 1 1 1 1
被保険者氏名	鎌ケ谷 太郎	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0
		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 · 女 認定状況 要支援 ( ) 要介護 ( 3 )
住 所	〒 273-0195	生年月日	明 · 大 · <input checked="" type="radio"/> 昭 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	鎌ケ谷市新鎌ケ谷 2-6-1 電話番号 047-445-1141		
利用する施設の種類の種類 (該当の箇所に○)	特別養護老人ホーム · 介護老人保健施設 · 介護医療院 · その他(ショートステイ) 入所(院)年月日 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		
	施設名称 特別養護老人ホーム 鎌ケ谷苑 施設所在地 鎌ケ谷市初富 111-111		

配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 · 無	課税状況	課税 · <input checked="" type="checkbox"/> 非課税
フリガナ	カマガヤ ハナコ	個人番号	
氏 名	鎌ケ谷 花子	生年月日	明 · 大 · 昭 年 月 日
住 所	〒 273-0195 鎌ケ谷市新鎌ケ谷 2-6-1 電話番号 047-445-1141		

本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒	鎌ケ谷市外に住所を有している配偶者の場合には、必ず非課税証明書が必要です。
-------------------------	---	---------------------------------------

※この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者ま

収入に関する申告	1	生活保護受給者/市民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者		
	②	世帯の全員(世帯分離をしている配偶者を含む)が市民税非課税	本人の年金収入額+その他の合計所得金額+非課税年金収入額が80万円以下	かつ、預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下
	3①		本人の年金収入額+その他の合計所得金額+非課税年金収入額が80万円超120万円以下	かつ、預貯金等の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下
	3②		本人の年金収入額+その他の合計所得金額+非課税年金収入額が120万円超	かつ、預貯金等の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下
預貯金額	1,000,000 円	有価証券 (評価概算額) 500,000 円	その他 (現金・負債含む) 0 円	

※被保険者本人と配偶者名義の預貯金等の合計額を記入してください。

申請者氏名	鎌ケ谷 一郎	本人との続柄	長男
申請者住所	〒 273-0195 鎌ケ谷市新鎌ケ谷 2-6-1 電話番号 080-1234-5678		

(裏面に続きます)

# 同意書

鎌ヶ谷市長 様

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、鎌ヶ谷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等に伝えて構いません。

令和3 年 ○○ 月 ○○ 日

申請日は必ず記入してください。

〈被保険者本人〉

住所 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷 2-6-1

氏名 鎌ヶ谷 太郎

印

認印の使用可。  
スタンプ印では受理できません。

〈配偶者〉

住所 鎌ヶ谷 花子

氏名 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷 2-6-1

印

認印の使用可。  
スタンプ印では受理できません。

〈代筆者〉 成年後見人、保佐人、補助人、親族の場合

(  被保険者本人分       配偶者分 ) ※該当するところに○

続柄 長男

住所 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷 2-6-1

氏名 鎌ヶ谷 一郎

印

ご本人および配偶者が寝たきり・認知症等の理由で自署・捺印できない場合は申請者代筆・捺印での申請が可能です。

## ※注意事項

- (1) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (2) 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。
- (3) 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 倍の加算金を返還していただくことがあります。

## 市記入欄

審査結果		認定状況	世帯状況	世帯課税状況	
<input type="checkbox"/> 該当(適用期間 年 月 日から) <input type="checkbox"/> 非該当(第 段階)		<input type="checkbox"/> 認定済み <input type="checkbox"/> 更新・区変 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 本人非課税 <input type="checkbox"/> 配偶者非課税 <input type="checkbox"/> その他非課税	
生保受給	非課税年金	預貯金添付	資産状況	資産状況	担当
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 端末 <input type="checkbox"/> 照会( )	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	合計所得額+課税・ 非課税年金収入額 = 円	<input type="checkbox"/> 未満 <input type="checkbox"/> 超過	