

5

# 介護保険負担限度額認定申請書

新規 更新 再申請

裏面資産申告欄有

相模原市長あて

年 月 日

次のとおり関係書類（同意書、通帳の写し等）を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ	被保険者番号		0	0	0														
被保険者氏名	個人番号																		
生年月日	明・大・昭	年 月 日生	要介護度		要支援( ) 要介護( )														
住所	〒 電話 ( ) -																		
申請者氏名 (本人以外の場合)	本人との関係 ( )		日中の連絡先																
施設利用状況	<input type="checkbox"/> 宿泊を伴う介護保険施設を利用中または利用する予定（令和 年 月 日から） <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 施設入所（特養、老健、介護医療院など） <input type="checkbox"/> ショートステイ 介護保険施設の 名称 電話番号 所在地																		
	配偶者の有無 (世帯分離・事実婚含む)		有・無		市町村民税 課税状況		課税・非課税												
配偶者について	フリガナ		生年月日		明・大・昭 年 月 日生														
	配偶者氏名		個人番号																
	住所		〒 電話 ( ) -																
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)		〒																
収入について	【該当する項目の番号を○で囲んでください】																		
	1. 生活保護受給者等																		
	2. 市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額80万円以下																		
	3. 市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額80万円超120万円以下																		
	4. 市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額120万円超																		
本人の非課税 年金受給状況	【該当する項目の番号を○で囲んでください】																		
	1. 遺族年金（寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金含む） 2. 障害年金 3. 受給無																		
資産について	資産については裏面に記入してください。 (1) 預貯金等について同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを申告し通帳等の写しを添付してください。 (2) 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。																		

個人番号の確認				身元の確認				相模原市記入欄	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード(身元確認も兼ねる) <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(番号付)				<input type="checkbox"/> 1点可 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 障害者手帳				発行	入力
<input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 過去作成ファイル <input type="checkbox"/> その他( )				<input type="checkbox"/> 2点要 <input type="checkbox"/> 公的医療保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他( )					
<input type="checkbox"/> 該当 有効期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 非該当								確認	受付
備考									
(所得状況等)		第 段階		円		非課税年金 無・端末・照会 ( )			
給付制限 有・無		生保受給 有・無		老福受給 ( )人世帯		課税・非課税		確認	受付
期間 ( ~ )		期間 ( ~ )		有・無					
本人 ( )		配偶者課税状況		資産状況					
課税・非課税		課税・非課税		合計 ( )		該当・非該当			

資産について ※生活保護受給中の方は、資産の詳細についての記載は不要です。

①預貯金等および現金          円	②有価証券等          円	③負債          円
---	---	--

※下記①～③各項目の合計を記載してください。

お持ちの通帳（定期預金等含む）や有価証券等について、全て記入し、通帳等の写しを添付してください。

①預貯金等および現金

※年金を受給している方は、年金受取口座を記載した箇所の番号（一番左）を○で囲んでください。

番号	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人 (○で囲む)	残高(円)	市確認欄
1				本人・配偶者		
2				本人・配偶者		
3				本人・配偶者		
4				本人・配偶者		
5				本人・配偶者		
6				本人・配偶者		
7				本人・配偶者		
8				本人・配偶者		
9				本人・配偶者		
10				本人・配偶者		
現金等				本人		
				配偶者		
合 計					①	

②有価証券等

番号	金融機関等名	支店名	種別 (株券や国債等)	口座名義人 (○で囲む)	評価概算額(円)	市確認欄
1				本人・配偶者		
2				本人・配偶者		
合 計					②	

③負債

番号	貸主	名目	名義人(○で囲む)	残高	市確認欄
1			本人・配偶者		
2			本人・配偶者		
合 計				③	

※負債については、添付資料を確認し、預貯金等から差し引きます。

市 確 認 欄 ( 添 付 書 類 等 ) 市確認欄には何も記載しないでください。

同意書 通帳等の写し(裏面記載分全て)

# 介護保険負担限度額認定申請書

記載例

申告欄有

5

新規 更新 再申請

相模原市長あて

年 月 日

次のとおり関係書類（同意書、通帳の写）を添付し、市内で転居された方、年度内に世帯状況の変更や、生活保護廃止等があった方 係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ	サガミ タロウ	被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7		
被保険者氏名	相模 太郎	個人番号	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2
生年月日	明・大・昭 15年 1月 1日生	要介護度	要支援( ) 要介護( )											
住所	〒 252-0239 電話 ( 012 ) 345 - 6789 相模原市中央区中央1-1-1 相模原マンション102 ※集合住宅は建物名と部屋番号までご記入ください。介護施設等に住所がある場合は施設名までご記入ください。													

申請者氏名 (本人以外の場合)	ツクイ ケイコ 津久井 恵子	本人との関係 (子)	日中の連絡先	090-1234-5678
-----------------	-------------------	------------	--------	---------------

施設利用状況	<input type="checkbox"/> 宿泊を伴う介護保険施設を利用中または利用する予定 (令和 年 月 日から) <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 施設入所 (特養、老健、介護医療院など) <input type="checkbox"/> ショートステイ <b>現在の利用状況について、記載してください。</b> <b>※ 施設入所またはショートステイを利用している場合は、施設名等も記載してください。</b>			
--------	--	--	--	--

配偶者について	配偶者の有無 (世帯分離・事実婚含む)	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	市町村民税課税状況	課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税
	フリガナ	サガミ ハナコ	生年月日	明・大・昭 15年 2月 1日生
	配偶者氏名	相模 花子	個人番号	4 5 6 7 8 9 1 0 1 2 3 4
	住所	〒 電話 ( ) - ※被保険者と同一住所の場合は「同上」でも可能		
本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)		<b>現住所と異なる場合のみ、必ず記載してください。</b>		

収入について	【該当する項目の番号を○で囲んでください】		
	1. 生活保護受給者等		
	2. 市	円以下	
	3. 市	円超 120万円以下	
4. 市	万円超		
本人の非課税年金受給状況	【該当する項目の番号を○で囲んでください】		
	1. 遺族年金 (寡婦年金、遺族年金、母子年金、準母子年金、遺児年金含む)	2. 障害年金	<input checked="" type="radio"/> 3. 受給無

資産について	資産については、該当する非課税年金の受給状況に○をしてください。 (1) 預貯金等については、遺族年金も障害年金も受給していない場合は3.受給無に○をしてください。 (2) 虚偽の申告は、罰則の対象となります。 ※恩給は対象外(無)となります。		添付してください。項の規定に基づき、
--------	--	--	--------------------

個人番号の確認		身元の確認		相模原市記入欄	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード(身元確認も兼ねる) <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(番号付)		1点可 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 障害者手帳		発行 入力	
<input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 過去作成ファイル <input type="checkbox"/> その他( )		2点要 <input type="checkbox"/> 公的医療保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他( )			
<input type="checkbox"/> 該当 有効期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 非該当					
備考 (所得状況等)		非課税年金			
第 段階	円	無・端末・照会 ( )			
給付制限 有・無	生保受給 有・無	老福受給 ( )人世帯	確認	受付	
期間 ( ~ )	期間 ( ~ )	有・無 課税・非課税			
本人 ( )	配偶者課税状況	資産状況			
課税 ・ 非課税	課税 ・ 非課税	合計 ( )	該当・非該当		

資産について ※生活保護受給中の方は、資産の詳細についての記載は不要です。

①預貯金等および現金 3,501,155 円	②有価証券等 円	③負債 円
---------------------------	-------------	----------

※下記①～③各項目の合計を記載してください。

資産①②の合計額が資産要件を上回る場合のみ③を記載してください。  
※負債を記載する場合は、負債を証する資料の添付が必要となります。

お持ちの通帳（定期預金等含む）や有価証券等につ

添付してください。

①預貯金等および現金

※年金を受給している方は、年金受取口座を記載した箇所の番号（一番左）を○で囲んでください。

番号	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人 (○で囲む)	残高 (円)	市確認欄	
①	〇〇銀行	〇〇支店	1234567	本人・配偶者	1,500,000		
2	△△銀行	〇〇支店	1234567	本人・配偶者	200,055		
③	ゆうちょ銀行	028	1234567	本人・配偶者	300,100		
4	ゆうちょ銀行 (定期)	028	1234567	本人・配偶者	1,000,000		
5	お持ちの通帳について、全てご記入ください。						
6							
7							
8							
9				本人・配偶者			
10				本人・配偶者			
現金等				本人	100,000		
				配偶者	401,000		
合計				①	3,501,155		

②有価証券等

番号	金融機関等名	支店名	種別 (株券や国債等)	口座名義人 (○で囲む)	評価概算額 (円)	市確認欄
1	お持ちの有価証券等について、全てご記入ください。					
2						
合計					②	

③負債

番号	貸主	名目	名義人 (○で囲む)	残高	市確認欄
1	資産の合計額から負債分を差し引く必要がある場合（資産①②の合計額が資産要件を上回る場合）のみ、ご記入ください。				
2					

※負債については、添付資料を確認し、預貯金等から差し引きます。

市確認欄（添付書類等）市確認欄には何も記載しないでください。  
□同意書 □通帳等の写し(裏面記載分全て)