

# 介護保険負担限度額認定申請書

様式 1 - 1

☐新規

☐再申請

提出者

住所

フリガナ  
氏名

申請者との関係

電話番号

( )

(申請先) 柏 市 長

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                             |                            | 被保険者番号 | 0                  | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名                           |                            | 生年月日   | ( 大正・昭和 )<br>年 月 日 |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                              | 〒<br>電話番号                  |        |                    |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 利用するサービス                         | 入所 ・ 短期入所 (どちらかに○をつけてください) |        |                    |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 入所(院)した介護<br>保険施設の所在地及<br>び名称(※) | 〒<br>(名称)                  |        |                    |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 入所年月日(※)                         | 年 月 日                      |        |                    |   |   |  |  |  |  |  |  |

(※) 部分は、介護保険施設に入所(院)していない場合には、記入は不要です。

|           |                            |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|----------------------------|-------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 配偶者の有無    | 有 ・ 無                      | 左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」についての記載は不要です。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ                       |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 氏 名                        |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 生年月日                       | ( 大正・昭和 )<br>年 月 日                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 住 所                        | 〒<br>電話番号                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 本年1月1日現在の住所<br>(現住所と異なる場合) | 〒                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 市町村民税課税状況 | 課税 ・ 非課税                   |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|            |                                                     |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 非課税年金受給の有無 | 有 ・ 無                                               | 左記において「無」の場合は、以下の「年金保険者」についての記載は不要です。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年金保険者      | 遺族年金 ※ ・ 障害年金 ※寡婦年金, かん夫年金, 母子年金, 準母子年金, 遺児年金を含みます。 |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                    |                          |                                                                       |
|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 収入等に関する申告<br><br>※いずれかにレ点を入れてください。 | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額82.65万円以下です。        |
|                                    | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額82.65万円超え120万円以下です。 |
|                                    | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額120万円を超えます。         |
|                                    | <input type="checkbox"/> | その他 ( )                                                               |

|                                   |                                                            |                            |       |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|
| 市記入欄                              | 書類不備                                                       | 調査                         | 備考    |
| 介護度有効期限 : 令和 年 月 日～令和 年 月 日       | <input type="checkbox"/> 有                                 | <input type="checkbox"/> 有 |       |
| 給付制限 : なし ・ あり 預貯金額 : 以下 ・ 超え     |                                                            |                            |       |
| 利用者負担段階<br>1 ・ 2 ・ 3-1 ・ 4<br>3-2 | 次のとおり決定してよいか伺います。                                          |                            |       |
| 交付年月日<br>令和 年 月 日                 | 担当課長                                                       | 課長補佐                       | 係長 担当 |
| 適用年月日<br>令和 年 月 日                 |                                                            |                            |       |
| 有効期限<br>令和 年 月 日                  | 認定する 1 ・ 2 ・ 3-1 ・ 3-2<br>認定しない 本人課税 ・ 課税世帯 ・ 配偶者課税 ・ 資産超過 |                            |       |

\*\*\*\*\*裏面があります\*\*\*\*\*

(2021.4 改正)