

神戸市介護保険負担限度額認定申請書(食費や居住費の負担軽減の申請書)

被保険者	保険者番号	2	8					被保険者番号	0	0	0							
	フリガナ							マイナンバー 個人番号										
	氏名							生年月日	明治・大正 昭和									
	住所													電話番号	—	—		
〔自宅・携帯・その他()〕																		

① 現在(申請書を記入する日)の状況に該当する番号に○を付けてください。

現在の状況	1. 介護保険施設に入所(予定)している。⇒下欄を記入・該当する番号に○を付け、②に進んでください。 2. 介護保険施設に入所していない。(ショートステイを利用している場合など) ⇒②に進んでください。
-------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

施設の名称		施設の 種類	1. 介護老人福祉施設(特養)
施設の住所			2. 介護老人保健施設(老健)
入所(予定) 年月日	平成・令和 年 月 日		3. 介護療養型医療施設(療養病床)
			5. 地域密着型介護老人施設(小規模特養)
			6. 介護医療院

② 現在(申請書を記入する日)の配偶者の状況に該当する番号に○を付けてください。

配偶者の有無	1. 配偶者がいる。⇒下欄を記入し、③に進んでください。 2. 配偶者がいない。⇒③に進んでください。
--------	--------------------------------------------------------

配偶者フリガナ		配偶者の課税状況	1. 課税	2. 非課税
配偶者氏名		生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じ			

③ 昨年中の、非課税年金の受給状況に該当する番号に○を付けてください。

非課税年金の有無	1. 非課税年金を受給した。⇒下欄の年金種類に○を付け、④に進んでください。 2. 非課税年金は無い。⇒④に進んでください。
----------	-------------------------------------------------------------------

受給している非課税年金の種類	障害年金	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
----------------	------	------	------	-------	------	-------	------

④ 現在(申請書を記入する日)の預貯金等の合計額をそれぞれ記入してください。

本人	預貯金額		有価証券 (評価概算額)		その他 (現金・負債等)	内容
		円		円		円
配偶者	預貯金額		有価証券 (評価概算額)		その他 (現金・負債等)	内容
		円		円		円

裏面の⑤以降も、必ずご記入ください⇒

神戸市 処理欄	<input type="checkbox"/> 生活保護適用(開始年月日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 境界層該当(保護却下・廃止日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 特例減額措置該当	決定 段階	1・2 3①・3②・4	課長	係長	受付印	
	【確認事項】 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 配偶者(有・無) <input type="checkbox"/> 配偶者市町村民税非課税 <input type="checkbox"/> 資産要件	【不承認理由】 <input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 配偶者市町村民税課税 <input type="checkbox"/> 資産要件超過 <input type="checkbox"/> ()	決定	令和 年 月 日	担当	受付	
			交付	令和 年 月 日			
			適用	令和 年 月 日			
			期限	令和 年 月 日			

⑤ 該当する方にチェックを入れてください。

収入等の申告	<input type="checkbox"/> 私は生活保護受給者または、境界層措置の対象者である。 (非課税世帯の老齢福祉年金受給者も含む)
	<input type="checkbox"/> 私の世帯に市町村民税が課税されている者はおらず、配偶者も非課税である。 また、預貯金・有価証券等の金額も、資産要件の範囲内である。

⑥ 申請に関する連絡先を記入してください。

申請者氏名		本人との関係		日中連絡先	
申請者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じ				

⑦ 各機関への照会にかかる同意書を記入してください。

<同意書>

神戸市_____区長あて

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、神戸市_____区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_____年_____月_____日

<被保険者(本人)> または、本人の成年後見人等

住所 _____ 氏名 _____

<被保険者の配偶者> または、配偶者の成年後見人等

住所 _____ 氏名 _____

※ご家族等が代筆する場合の注意点

同意書には、被保険者、被保険者の配偶者の住所氏名をご記入ください。(代筆者の住所氏名の記入は不要です)

※成年後見人等(成年後見人、保佐人、補助人)が記入する場合の注意点

同意書には、「〇〇〇〇(被保険者名)の成年後見人△△ △△(成年後見人等名)」と記入し、登記事項証明書等の代理権を証する書類を添付してください。(申請日から3ヶ月以内に発行されたもの)

※同意書に基づく資産調査の結果、不正に負担軽減を受けたことが明らかとなった場合は、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、加算金を課されることがあります。ご注意ください。

神戸市記入欄

同意書原本の複写に相違ないことにつき、確認いたします。

神戸市 _____ 区長 _____

令和_____年_____月_____日確認