

介護保険負担限度額認定申請書

様式1-1

〒277-0000

記入例

提出者 住所 柏市柏1-1-1

フリガナ カシワ イチロウ

氏名 柏 一郎 申請者との関係 長男

電話番号 04 (7167) 0000

(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	カシワ タロウ	被保険者番号	0001234567
被保険者氏名	柏 太郎	生年月日	(大正 昭和) 3年4月5日
住 所	〒277-8505 柏市柏5-10-1 電話番号 04-7167-1111		
利用するサービス	現在の利用状況について、記入してください。		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	※施設入所している場合は、所在地、施設名及び入所年月日を記入してください。		
入所年月日(※)			

(※) 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「配偶者に関する記載」は不要です。
フリガナ	カシワ ハナ子		
氏 名	柏 花子	年月日	(大正 昭和) 3年4月5日
住 所	〒271-0000 松戸市△△1-		
配偶者の住民票が柏市にない場合(本年1月1日に柏市に住民票があった場合は除く。)は、配偶者の「非課税証明書」の添付をお願いします。	現住所と異なる場合のみ、必ず記入してください。		
	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 ※いずれかにレ点を入れてください。	☒	市町村民税世帯非課税者 課税年金収入額	受給している年金に〇して下さい。 年金保険者とは、年金事業を運営する者です。 〔対象となる年金〕 ・遺族基礎年金 ・障害基礎年金(国民年金法) ・遺族厚生年金 ・障害厚生年金(厚生年金保険法) ・遺族共済年金 ・障害共済年金(共済各法) 等 ※給付金は含まない。
	☐	市町村民税世帯 課税年金収入額	
	☐	市町村民税世帯 課税年金収入額	
	☐	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	☐ 有	☐ 有	
給付制限： なし ・ あり 預貯金貯金額： 超え ・ 以下	※合計が単身1000万(夫婦2000万)		

利用者 1・2	ここは記入しないでください。 裏面があります	交付 令和 年
適用 令和 年 月 日		
有効期限 令和 年 月 日		
認定する 1・2・3-1・3-2		
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*****

(2025.7 改正)