

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		被保険者番号	
	フリガナ		マイナンバー 個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			

①施設入所状況（申請書を記入する日の状況を記入してください。）

入所の有無	1. 施設入所（予定） 2. ショートステイ	施設の 種類※	1. 介護老人福祉施設（特養） 2. 介護老人保健施設（老健） 5. 地域密着型介護老人施設（小規模特養） 6. 介護医療院
施設の名称 及び住所※			
入所年月日※	平成・令和 年 月 日	※介護保険施設に入所していない場合及びショートステイを利用している場合は記入不要です。	

②配偶者（被保険者と別世帯・別住所の場合や、内縁関係の場合も記入してください。）

配偶者の有無	1. 有 ・ 2. 無	配偶者「無」の場合は、配偶者欄は記入不要です。		
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		配偶者の生年月日	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非課税年金の受給状況（昨年中の受給状況を記入してください。）

非課税年金の受給	2. 無	1. 有 → 遺族年金 障害年金 その他
----------	------	----------------------

④資産状況（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	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債等)	円	内容
配偶者	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債等)	円	内容

⑤収入等の申告（該当する方にチェックしてください。）

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。
	<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

申請者氏名		被保険者との関係		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

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期間（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

氏名 住所

<被保険者の配偶者> または、配偶者の成年後見人等

氏名 住所

※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項の規定に基づき給付費返還金及び加算金を徴収することがあります。

神戸市 処理欄	【確認事項】	【不承認理由】	確認済欄			窓口・郵送
	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護適用（基準日：令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> 配偶者（有・無） <input type="checkbox"/> 境界層該当（基準日：令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> 配偶者市町村民税非課税 <input type="checkbox"/> 特例減額措置該当 <input type="checkbox"/> 資産要件該当 適用期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日	<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"/> 資産要件非該当 <input type="checkbox"/> その他（ ）	確認	担当	受付	受付印