

# 書き方見本 おもて

## 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 | 0 1 2 3 4 5     | 被保険者番号         | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
|      | フリガナ  | コウベ タロウ         | マイナンバー<br>個人番号 | 個人番号の記入は不要です        |
|      | 氏名    | 神戸 太郎           | 生年月日           | 1950 年 2 月 15 日     |
|      | 住所    | 神戸市中央区加納町6丁目5-1 |                |                     |

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         | 特別養護老人ホーム 神戸花時計   | 施設の<br>種類 | ① 介護老人福祉施設(特養)        |
| 施設の住所         | 神戸市中央区東町115番地     |           | 2. 介護老人保健施設(老健)       |
| 入所(予定)<br>年月日 | 平成・令和 5 年 4 月 1 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           | コウベ ハナコ    | 配偶者の課税状況 | 1. 課税 ② 非課税                  |
| 配偶者氏名             | 神戸 花子      | 生年月日     | 明治・大正<br>昭和 平成 20 年 4 月 17 日 |
| 令和5年1月1日<br>現在の住所 | 被保険者の住所と同じ |          |                              |

③ 昨年中(令和4年1月~12月)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 | 1,234,567 円 | 有価証券<br>(評価概算額) | 123,000 円 | その他<br>(現金・負債等) | 住宅ローン<br>-2,000,000 円 |
| 配偶者 | 預貯金額 | 123,456 円   | 有価証券<br>(評価概算額) | 0 円       | その他<br>(現金・負債等) | タンス貯金<br>200,000 円    |

裏面の⑤以降も、必ずご記入ください⇒

|                                      |                                                 |          |          |    |    |     |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------|----------|----------|----|----|-----|
| 神戸市<br>処理<br>欄                       | <input type="checkbox"/> 生活保護適用(開始年月日: 年 月 日)   | 決定<br>段階 | 1・2      | 課長 | 係長 | 受付印 |
|                                      | <input type="checkbox"/> 境界層該当(保護期下・廃止日: 年 月 日) |          | 3①・3②・4  |    |    |     |
|                                      | <input type="checkbox"/> 特別減額措置該当               |          |          |    |    |     |
|                                      | <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯             |          |          |    |    |     |
| 【確認事項】                               |                                                 |          |          |    |    |     |
| <input type="checkbox"/> 配偶者(有・無)    | <input type="checkbox"/> 配偶者市町村民税課税             | 適用       | 令和 年 月 日 |    |    |     |
| <input type="checkbox"/> 配偶者市町村民税非課税 | <input type="checkbox"/> 資産要件超過                 | 期限       | 令和 年 月 日 |    |    |     |
| <input type="checkbox"/> 資産要件        | <input type="checkbox"/> ( )                    |          |          |    |    |     |

ここには何も記入しないでください

- ① 黒色のボールペンで記入してください。
- ② 消せるボールペンは使わないでください。
- ③ 書き間違いがある場合には、二重線で訂正してください。
- ④ 本人以外が代筆しても問題ありませんが、⑥に申請書を記入した方の情報を記載してください。

- 入所している施設の種類に○をつけてください。
- 施設の種類がわからない場合には、入所している・入所予定の施設にお問い合わせください。

- 該当する方に○をつけ、指示どおりに進めてください。
- 配偶者には、別居している配偶者・事実婚の配偶者も含みます。

- 該当する方に○をつけ、指示どおりに進めてください。
- ここに書かれていない非課税年金は、判定の対象ではありません。
- その場合、【非課税年金の有無】欄は2に○をつけてください。

- 本人と配偶者の預貯金などの額を記入してください。
- 対象となる預貯金などの種類については、同封の案内をご確認ください。
- 該当する預貯金などが無い場合には、各欄に0(ゼロ)を記入してください。
- 【その他】欄に住宅ローンなどの負債を記入する場合には、金額の前に-(マイナス)を記入してください。

## 書き方見本 うら

## 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。<br>(非課税世帯の老齢福祉年金受給者も含む)                              |
|        | <input checked="" 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。<br>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 | 神戸 一郎                                               | 本人との関係 | 子 | 日中連絡先 | 080-XXXX-XXXX |
| 申請者住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じ<br>〒 |        |   |       |               |

## 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 中央 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 中央 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 5 年 7 月 1 日

＜被保険者（本人）＞ または、本人の成年後見人等  
住所 神戸市中央区加納町6-5-1 氏名 神戸 太郎  
フラワーロードマンション1012

＜被保険者の配偶者＞ または、配偶者の成年後見人等  
住所 神戸市中央区加納町6-5-1 氏名 神戸 花子  
フラワーロードマンション1012

※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。

ここには何も記入しないでください 区長

令和 年 月 日確認

- 該当する方にチェック ☒ を入れてください。
- 【老齢福祉年金受給者】とは、  
以下の①②の両方にあてはまる方のうち、一部の方を指します。  
①大正5(1916)年4月2日までに生まれた方  
②他の公的年金を受けていない方

- 申請書や添付書類に不備などがあった場合に  
連絡をすることがあります。  
日中に連絡がつく電話番号を記入してください。
- 本人以外が申請する場合は、  
申請された方の情報を記載してください。

- 本人と配偶者の住所・氏名を記入してください。
- 押印は必要ありません。