

介護保険負担限度額認定申請書

申請年月日  
令和 年 月 日

国立市長 様

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 |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名                |   | 個人番号   |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                       |   | 生年月日   |  |  |  |  |  | 明・大・昭 |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所                    | 〒 連絡先   |        |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称 | 介護保険施設に入所(院)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。  |        |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 〒 連絡先   |        |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所年月日                 |   |        |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 生活保護の受給               | 無 ・ 有 ⇒ 左記において「有」の場合は、下記の「申請者」欄と裏面の「資産等の調査に対する同意書」をご記入ください。その他は記入不要です。  |        |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯の市町村民税課税状況          | 負担限度額はすべての世帯員が非課税である必要があります。  |        |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 非課税 ・ 課税 ⇒ 左記において「課税」の場合は、負担限度額の対象外です。<br>★住所異動を伴う施設入所は、本人のみの世帯となります。<br>★構成員が2人以上の「課税」世帯で1人が施設入所することによって、ご家族が困窮する場合は、介護保険係までご相談ください。 |        |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 配偶者の有無                | 本申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。   |        |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 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」については、記入不要です。   |        |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |

|           |                        |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|------------------------|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 配偶者に関する事項 | フリガナ                   |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 氏名                     |  | 生年月日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 住所                     | 〒 連絡先                                  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) | 〒                                      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 市町村民税課税状況              | 非課税 ・ 課税 ⇒ 左記において「課税」の場合は、負担限度額の対象外です。 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

|     |         |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |
|-----|---------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|
| 申請者 | 申請者氏名   | 連絡先(自宅・勤務先) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |
|     | 申請者住所 〒 |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人との関係 |

申請書は裏面に続きます。



|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| 非課税年金の受給  | 無 ・ 有 ⇒  | 受給している年金に○をつけてください。(遺族年金※・障害年金)<br>※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。以下同じ。 |  |   |
| 被保険者の収入・預貯金等の金額要件に関する申告(該当のチェックボックスにレ点をご記入ください) |  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/>                        | ①老齢福祉年金受給者であって<br>②預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/>                        | ①課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が<br>年額82.65万円以下であって、<br>②預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。           |   |  |   |
| <input type="checkbox"/>                        | ①課税年金収入額と非課税年金の収入額、その他の合計所得金額の合計額が<br>年額82.65万円を超え、120万円以下であって、<br>②預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。 |   |  |   |
| <input type="checkbox"/>                        | ①課税年金収入額と非課税年金の収入額、その他の合計所得金額の合計額が<br>年額120万円を超え、<br>②預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。               |   |  |   |
| 収入、<br>預貯金等<br>に関する<br>事項                       | 被保険者及び配偶者の預貯金等に関する申告   |   |  |   |
|   |  | 金額  | 添付書類(被保険者及び配偶者)                            |   |
|   | 預貯金<br>(普通及び定期)  | 被保険者  | 円  | 保有するすべての通帳の写し<br>(1)口座名義人・口座番号が確認できるページ<br>(2)口座残高及び直近2か月以上のページ<br>(3)契約する定期預金の写し |
|   |  | 配偶者   | 円  |   |
|   | 投資信託<br>有価証券<br>(株式、国債、地方債、社<br>債等)  | 被保険者  | 円  | 証券会社、銀行等の口座残高の写し<br>(ウェブサイトの写しも可)   |
|   |  | 配偶者   | 円  |   |
|   | 金、銀等(積立購入を含<br>む)購入先口座によって時<br>価評価額が把握できる貴<br>金属   | 被保険者  | 円  | 購入先の銀行等の口座残高の写し<br>(ウェブサイトの写しも可)  |
|   |  | 配偶者   | 円  |   |
|   | 現金<br>(たんす預金)  | 被保険者  | 円  | 書類の添付は不要<br>(実際に保有する金額を記載)  |
|   |  | 配偶者   | 円  |   |
| 負債<br>(借入金、住宅ローン等)                              | 被保険者   | 円   | 借用証書等の写し                                   |   |
|   | 配偶者  | 円   |  |   |
| 合計  |  | 円   | 預貯金等については、所有するすべてを記入し、<br>通帳等の写しを添付してください。 |   |

書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。

虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を徴収させていただきますことがあります。

### 資産等の調査に対する同意書

令和 年 月 日

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額について、報告を求めることに同意します。

また、国立市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する旨を官公署等に伝えて構いません。

被保険者 住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

配偶者 住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_



