

介護保険負担限度額認定申請書

平成28年 7月 1日

(宛先) 入間市長

記入例

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	イルマ タロウ	被保険者番号	0001234567
被保険者氏名	入間太郎 ㊞	個人番号	123456789012
生年月日	明・大・昭 1年 12月 31日	性別	男・女
住所	入間市豊岡1-16-1 電話番号 04-1234-5678		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	電話番号		
入所(院)年月日(※)	年 月 日	※ 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。	

配偶者の有無	有・無	左記において「無」の場合は、「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	イルマ ハナコ
	氏名	入間花子
	生年月日	明・大・昭 2年 1月 1日
	住所	入間市豊岡1-16-1 電話番号 04-1234-5678
	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	課税・非課税	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者、 預貯金等に関する申告に、該当する場合は必ず✓を入れてください。	受給している全ての年金の保険者に○をして下さい。
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○してください) ※ 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。以下同じ。	日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。(受給している年金に○してください)		
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)を超えていないこと、 預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しは、別添のとおり	受給している年金を○で囲んでください。
	預貯金額	1,000,000円	有価証券(評価概算額) 0円

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入不要です。

申請者氏名	埼玉 一郎	電話番号(自宅・携帯・勤務先)	090-1234-5678
申請者住所	入間市豊岡1-16-1	本人との関係	長男

注意事項
 (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者
 (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は

本人以外が申請する場合は、ご記入ください。

記入するか、別紙に記入の上、添付してください。

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倍の加算金を返還していただくことがあります。

預貯金等の額を記載し、条件を満たしていることをご確認ください。

同意書

(宛先) 入間市長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、銀行、官公署、年金保険者、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、有価証券等について、報告を求めることに同意します。

また、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している旨を銀行等に伝えて構いません。

平成 28 年 **7** 月 **1** 日

本人住所 **入間市豊岡1-16-1**
氏名 **入間太郎** ㊞

配偶者住所 **入間市豊岡1-16-1**
氏名 **入間花子** ㊞

同意書は必ず読んで、署名・押印
ください。記載のない場合は受付
できません。