

介護保険負担限度額認定申請書

令 8

年 月 日

（宛先）入間市長

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			被保険者番号		
被保険者氏名			個人番号		
生 年 月 日	大・昭	年 月 日			
住 所	電話番号				
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（※）	令和	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				
	氏 名				
	生年月日	大・昭	年 月 日	個人番号	
	住 所	電話番号			
	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・預貯金等に関する申告	第1段階	☐ 生活保護受給者			
		☐ 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。 かつ預貯金の合計が1000万円以下（夫婦の場合は2000万円以下）です。			
	第2段階	☐ 市町村民税世帯非課税者であって、公的年金等収入金額（非課税年金を含む）＋年金以外の合計所得金額が年額82.65万円以下です。 かつ預貯金等の合計が650万円以下（夫婦は1650万円以下）です。			
	第3①段階	☐ 市町村民税世帯非課税者であって、公的年金等収入金額（非課税年金を含む）＋年金以外の合計所得金額が年額82.65万円超120万円以下です。 かつ預貯金等の合計が550万円以下（夫婦は1550万円以下）です。			
	第3②段階	☐ 市町村民税世帯非課税者であって、公的年金等収入金額（非課税年金を含む）＋年金以外の合計所得金額が年額120万円超です。 かつ預貯金等の合計が500万円以下（夫婦は1500万円以下）です。			
	預貯金額	円	有価証券（評価概算額）	円	その他（現金・負債を含む。）（ ）円

※郵送で申請する場合、申請者の本人確認書類のコピーを添付してください。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。

申請者氏名		電話番号	
申請者住所		本人との関係	

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及び内縁関係の者を含みます。
- (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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書ききれない場合は、余白に記入するか、別紙に記入の上、添付してください。
- (4) 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倍の加算金を返還していただくことがあります。

☆裏面もご記入ください☆

市記入欄	認定あり	課税年金収入額	円	非課税年金額	円	段階
	非課税世帯	その他の合計所得金額	円	・遺族 ・障害		
	年金収入等の合計金額		円	・日本 ・地方 ・国家 ・私学		
	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 介護保険被保険者証			確認者		
	☐ 登記事項証明書 ☐ その他（ ）					

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、入間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。

年 月 日

本 人 住 所

氏 名

配偶者 住 所

氏 名