

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 令 4

(宛先) 入間市長

記入例

記入は不要です。

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	0000123456
被保険者氏名	入間 太郎	個人番号	
生年月日	明・大・昭 1年 12月 31日		
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(※)	施設入所している場合は施設名を記入 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	<input checked="" type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税

施設入所等により、世帯分離されている配偶者(事実婚)についても

収入・預貯金等に関する申告	第1段階	市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者です。		
	第2段階	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80万円以下です。		
	第3①段階	<input type="checkbox"/> 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80万円超120万円以下です。		
	第3②段階	<input checked="" type="checkbox"/> 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。		
預貯金額	500.000円	有価証券(評価概算額)	0円	その他(現金・負債を含む) () ※ 円

収入・預貯金等に関する申告の該当する場合は必ず✓を入れてください

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。

※負担限度額認定証の送付先は、ご住所若しくはご

☆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	合計所得金額	円	・遺族 ・障害 ・日本 ・地方 ・国家 ・私学		

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。

年 月 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**

代筆者 **埼玉 いるていー**

同意書を必ず読んで、署名をお願いします。

記載のない場合は受付できません。

代筆の場合は、署名欄外に

代筆者 ○○ ○○と書き添えてください。

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。

申請者氏名	埼玉 いるていー	電話番号 090-1234-5678
申請者住所	入間市豊岡1-16-1	本人との関係 長男

※申請者の身分の分かる書類のコピーを添付してください。

免許証や保険証などのコピーが1点必要になります。
添付がなかった場合は1度返却させていただきます。