

介護保険負担限度額認定申請書

令 6

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                  | 明・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（※）              | 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                   | 明・大・昭     | 年 | 月                                      | 日 |
|           | 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  | <input type="checkbox"/> 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。                                 |             |                                   |                |
|               | 第2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 | <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。 |             | 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 | <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。） |

※負担限度額認定証の送付先は、ご住所若しくはご登録されている送付先にお送りします。

☆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 |  | 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

氏 名

配偶者 住所

氏 名

### 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 |  | 電話番号   |
| 申請者住所 |  | 本人との関係 |

※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。