

（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	性別	男・女
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	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	<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。	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 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	

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。

申請者が被保険者の場合には、下記について記入不要です。

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。