

介護保険負担限度額認定申請書

記載例

(申請先)

立川市長 殿

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	タチカワ ○○○○		被保険者番号	0000XXXXXX	
被保険者氏名	立川 ○○○○		個人番号		
生年月日	明・大・昭 ○○年○○月○○日				
住 所	立川市○○○町○丁目○番地の○ ○○アパート ○○号室 連絡先 042-000-0000				
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	立川市□□□町□丁目□番□号 □□□□ホーム 連絡先 042-999-9999				
入所（院）年月日（※）	昭・平 令 ○○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、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。		
配偶者に関する事項	フリガナ	タチカワ △△△△			
	氏 名	立川 △△△△			
	生年月日	明・大・昭 平 ○○年○○月○○日		個人番号	
	住 所	立川市○○○町○丁目○番地の○ ○○アパート ○○号室 連絡先 042-000-0000			
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	▽▽市▽▽町▽丁目▽番地の▽			
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税				
収入等に関する申告	☐ ①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者 ☐ ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。（受給している年金に○して下さい。以下同じ。） ☐ ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。 ☒ ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。				
	預貯金等に関する申告 ☒ 預貯金（同165※第1条）				
	※通帳等の写しは添別				
	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	砂 川 ○○○○		連絡先（自宅・勤務先）	090-000-0000	
申請者住所	立川市○○○町○丁目○番地の○		本人との関係	長男	

【遺族年金・障害年金】を受給している場合は、必ず○をしてください。

配偶者がいる場合は、記入額はすべて夫婦の合計額を記載してください。夫婦以外の世帯員に係る預貯金等の記入は不要です。

注意事項

- 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又は内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- 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。（裏面の同意書も記入してください。）

市使用欄

備考	(新規・更新・その他)	収受印
----	-------------	-----

記載例

同意書

立川市長 殿

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

また、立川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。

令和 年 月 日

<被保険者本人>

住所

氏名

署名（「署名以外の場合」には「押印」も必要です）

<被保険者の配偶者>

住所

氏名

署名（「署名以外の場合」には「押印」も必要です）