

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	(記載不要)		
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			
配偶者の有無	有 ・ 無	配偶者（内縁関係含む）がいない場合は、 【配偶者に関する事項】は全て記載不要。			
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 80.9万円以下です（受給している年金に○して ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金） ☐ 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】 80.9万円を超え、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 ※通帳等の写しは添	☒ 預貯金（同165 ※第1 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。				
預貯金額	X,XXX,XXX 円	有価証券 (評価概算額)	XXX,XXX 円		
その他 (現金・負債 を含む)	(現金 ※ XX,XXX 円				
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		

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。)

★★裏面は同意書です。必ずご確認ください★★

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

住所、氏名
ともに代筆可能
※スタンプや
印字の場合のみ
押印要

<被保険者本人>

住所 立川市○○○町○丁目○番地の○ ○○アパート ○○号室

氏名 立 川 ○○○○

<被保険者の配偶者>

住所 立川市○○○町○丁目○番地の○ ○○アパート ○○号室

氏名 立 川 △△△△

配偶者がいなければ、
記載不要

★★裏面は申請書です。必ずご確認ください★★