

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 被保険者氏名	タチカワ ○○○○	被保険者番号		○○○○××××××	
	立川 ○○○○	個人番号	(記載不要)		
		生年月日	昭和○○年○○月○○日		
住所	〒立川市○○○町○丁目○番地の○ ○○アパート ○号室 電話番号 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 電話番号 042-999-9999				
入所（院）年月日 (※)	昭和○○年 ○○月 ○○日				
配偶者の有無	有 ・ 無				
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	昭和○○年	○○月	○○日	個人番号
	住所	〒立川市○○○町○丁目○番地の○ ○○アパート ○号室 電話番号 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】の収入額の合計が年額82.65万円以下です。(受給している年金に※ 遺族年金、かん夫年金、母子年金、障害年金、児童手当等があります。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82.65万円を超え、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 ※通帳等の写しは別添	☒	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 (証券概算額)	XXX,XXX 円	その他 (現金・負債を含む) (現金 XX,XXX) 円 ※内容を記入してください

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。

【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。
年金額(概算)の計算方法は、以下のとおり。
偶数月の15日前後に振り込まれる場合
一度に振り込まれる年金合計額×6回

申請者が被保険者本人の場合は、以下の記載は不要です。

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、同じ世帯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。

★★裏面は同意書の記載例です★★

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

★★裏面は申請書の記載例です★★