

# 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 ○ ○ 立川 ○ ○	被保険者番号	0 0 0 0 X X X X X X
生年月日	昭和○年○月○日	個人番号	
住 所	〒 1 9 0 - X X X X 立川市○町○ - ○ - ○	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 1 9 0 - X X X X 立川市□町□ - □ - □ □□ホーム	連絡先	0 4 2 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇
入所（院）年月日（※）	◆◆〇〇年〇月〇日	（※）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	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	「配偶者」には内縁関係の者を含みます。 DV（家庭内暴力）等の理由で、配偶者と連絡が取れない場合は介護保険課へご相談ください。		
配偶者に関する事項	フリガナ 氏 名	タチカワ △ △ 立川 △ △	個人番号	
	生年月日	昭和△年△月△日		
	住 所	〒 1 9 0 - X X X X 立川市○町○ - ○ - ○	連絡先	0 4 2 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒 1 9 0 - X X X X △△市△△町△ - △ - △		
	課税状況	市町村民税 課税	非課税	

【遺族年金・障害年金】を受給している場合は、必ず〇をしてください。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①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			
	<input type="checkbox"/>	②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〇して下さい。以下同じ。） ※ 寡婦年金、か夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。			受給している全ての年金の保険者に〇して下さい
	<input type="checkbox"/>	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80万円を超え、120万円以下です。			<input checked="" type="radio"/> 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<input checked="" type="checkbox"/>	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120万円を超えています。			
預貯金等に関する申告 <small>※通帳等の写しは別添</small>	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、（同16以下です）※第2号です。	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 (評価額算額)	X,XXX,XXX 円	その他 (現金・負債を含む) (住宅ローン)※ -X,XXX,XXX 円 ※内容を記入してください

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	立川 □□	日中連絡のつく電話番号	042-XXX-XXXX
申請者住所	〒 1 9 0 - X X X X 立川市□町□ - □ - □	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保有している場合は、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。

0000000000

## 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、年金保険者または銀行、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

<被保険者本人>

住 所 立川市○町○ - ○ - ○

氏 名 立 川 ○ ○

署名（「署名以外の場合」には「押印」も必要です）

<配 偶 者> 有 無 ※無の場合は以下の記入は不要です。

住 所 立川市○町○ - ○ - ○

氏 名 立 川 △ △

署名（「署名以外の場合」には「押印」も必要です）