

介護保険負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

町田市長あて

次のとおり食費・居住費にかかる負担限度額認定を申請します。

・被保険者本人について

フリガナ			被保険者番号	/	/	0	0	0													
被保険者本人氏名			個人番号																		
			生年月日	明	・	大	・	昭	年		月		日								
住所	〒											性別	男・女								
												連絡先									
代理申請者(連絡先)	代理申請者氏名													連絡先							
	本人との関係													※申請者が被保険者本人の場合は記入不要です。							

・配偶者について【※被保険者本人に配偶者がいる場合はご記入ください。】

フリガナ			個人番号																	
配偶者氏名			生年月日	明	・	大	・	昭	年		月		日							
住所	〒											性別	男・女							
												連絡先								
平成29年1月1日時点の住所	平成29年1月1日時点の住所と現在の住所が同じ場合は記入不要です。																			
課税状況	課税 ・ 非課税		※配偶者の市区町村民税の課税状況について○をつけてください。																	

・資産状況の申告について

預貯金額、信託及び有価証券（評価概算額）、その他（現金など）の合計額	円
負債額（自営業にかかる負債除く）	円
以下の合計額が年額80万円を超えていますか ・合計所得金額 ・課税年金収入額 ・非課税年金収入額【遺族年金・障害年金】 <small>※受給している年金に○をつけてください</small>	超える ・ 超えない ○をつけてください

※ 記載する金額は、被保険者本人と配偶者名義の預貯金等の合計額になります。

※ 申請時に添付するもの

- 通帳の写し（申請日から直近2か月以内の記録が記載されており、保有するすべての通帳）
- 信託、有価証券を所持している方は、価格評価できる書類の写し
- 借用書の写し（負債に関してわかるもの）

《裏面もご記入ください》

※市記入欄（以下の欄には記入しないでください）

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 住所変更							
処理状況	<input type="checkbox"/> 生・老	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 未申告	<input type="checkbox"/> 金額	<input type="checkbox"/> 書類	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 照会	<input type="checkbox"/> 入力	

同意書

町田市長 様

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、町田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。

平成 年 月 日

〈被保険者本人〉

住所

氏名

⑩

〈配偶者〉

住所

氏名

⑩

・注意事項

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、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。