

介護保険負担限度額認定申請書【記入例】

2020年8月1日

町田市長様

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	マキダ カイゴ	被保険者番号	0008888888
被保険者本人氏名	町田 介護	個人番号	123456789
		生年月日	明・大・昭5年8
住所	〒194-0852 町田市中町1-20-23	性別	72
	特別養護老人ホーム マキダ	住民票の住所を記入してください。(被保険者証に記載されている住所と同じになります)	
代理申請者(連絡先)	代理申請者氏名	町田 介護郎	連絡先 042-724-724
	本人との関係	息子(長男)	※申請者が被保険者本人の場合は記

※記入が困難な場合は市で確認いたします。
個人番号(マイナンバー)12桁を「記入」ください。

代理申請者の氏名、連絡先、本人との関係を記入してください。

・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	マキダ	個人番号	123456789
配偶者氏名	町田 介護	生年月日	明・大・昭8年1月2日
		住所	〒194-0852 町田市森野1-2-22 マキダアパート202号室
2020年1月1日時点の住所	2020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。	

配偶者が死亡している場合は記入不要です。

住民票の住所を記入してください。

配偶者が課税の方は、制度の対象外になります。

・資産状況の申告について【預貯金額等を超過した場合、対象外となります。認定申請時に申告した金額を証明する資料を添付してください。】

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	タンス預金 ある・ない	3,000,000	円
負債額(自営業にかかる負債除く)	0 円		
被保険者本人の年金収入等が年額80万円を超えていますか	【超える ・ 超えない】	【遺族年金 ・ 障害年金】 ※受給している非課税年金に○をつけてください	

単身で1,000万円、夫婦で2,000万円を超える資産をお持ちの方は、制度の対象外になります。資産欄は必ず記入してください。

※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 申請時に添付するものは、資産として申告した金額を証明する資料です。

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、保有する全ての通帳)

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
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

同意書【記入例】

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。

なお、銀行等への調査の結果、預貯金等が一定金額（単身の場合1,000万円、夫婦世帯の場合2,000万円）を超えていた場合、本申請に伴う認定開始日まで遡り、非該当になることを同意します。

2020 年 8 月 1 日

〈被保険者本人〉

住所 町田市中町1-20-23 特別養護老人ホーム マチダ

氏名 町田 介護



住民票の住所を記入してください。
(被保険者証に記載されている住所と同じになります)

〈配偶者〉

住所 町田市森野2-2-22 マチダアパート202号室

氏名 町田 介護子



住民票の住所を記入してください。

〈代筆者 成年後見人・保佐人・補助人等〉

被保険者本人分 ・ 配偶者分)

続柄 成年後見人

氏名 なかまち司法書士事務所 中町 介護



誰の分を代筆したか○をつけてください。

成年後見人が記入する場合はこのように記載してください。

・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。

提出書類はコピーを取り、お手元に大切に保管してください。