

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 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		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
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。	

・資産状況の申告について【預貯金額等が一定金額（単身1,000万円、夫婦2,000万円）を超えた場合、対象外となります。認定後、一定金額を超えた場合、ご連絡ください。】

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】	円
負債額（自営業にかかる負債除く）		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

※ 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か月間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

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。

年 月 日

〈被保険者本人〉

住所

氏名

印

〈配偶者〉

住所

氏名

印

〈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

氏名

印

・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。