【記入例】介護保険負担限度額認定申請書　兼　同意書

（宛先）　町田市長

２０××年　×月　×日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。

【同意事項】負担限度額認定のために必要があ

その他の機関（以下「銀行等」という。）に、

況や保有する預貯金、有価証券等の残高につい

結果、預貯金等が利用者負担段階ごとに定めら

①被保険者番号、個人番号（マイナンバー）の記入が困難な場合、記入不要です。

①被保険者の事項・同意欄	フリガナ	マチダ　カイゴ	介護保険被保険者番号 0 0 0 8 8 8 8 8 8 8
	氏　名	町田　介護	個人番号（マイナンバー） 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0
	生年月日	昭和 33 年 8 月 1 日	
	住　所（住民票の住所）	7 町田市森野〇〇ー△ー□□　特別養護老人ホーム　まちだ	
	介護保険施設利用状況	☑ 入所中　□ 入所予定　□ ショートステイ利用中・予定	未定の場合、施設名称等は記入不要です。
	施設名称	特別養護老人ホーム　まちだ	入所（院）年月日　２０××年　×月　×日
	施設住所	☑ 上で記載した住所と同じ場合はチェ 〒　ー	
	配偶者の有無	有　・　無	配偶者には別世帯の配偶 縁関係の者を含みます。
	非課税年金の受給状況	□ 遺族年金　□ 障害年金　□ 受給していな　□ 不明	【市民税】課税状況　課税・非課税
②配偶者の事項・同意欄	フリガナ	マチダ　カイゴコ	【市民税】課税状況　課税　・　非課税
	氏　名	町田　介護子	個人番号（マイナンバー） 1 2 3 4 5 6 7 8 9 9 9 9
	生年月日	昭和 32 年 1 月 1 日	
	住　所（住民票の住所）	□ 被保険者と同じ場合はチェ 3 〒 １２３－５６７８ 町田市森野××ー△	
③・申請者 同意欄	フリガナ	マチダ　カイゴロウ	日中連絡先　（　０８０　）１２３４－５６７８
	氏　名	町田　介護郎	本人との

被保険者・配偶者が課税の場合、制度の対象外となります。

②個人番号（マイナンバー）の記入が困難な場合、記入不要です。

③携帯電話など連絡の取れる電話番号を必ずご記入ください。

	本人の収入要件（年金収入額には非課税年金を含む）			資産要件 単身	資産要件 夫婦（合計）
④収入・資産に関する申告	□ 生活保護受給者			無し	
	□ 年金収入額等が年間８０万９千円以下			６５０万円以下	１，６５０万円以下
	☑ 年金収入額等が年間８０万９千円超１２０万円以下			５５０万円以下	１，５５０万円以下
	□ 年金収入額等が年間１２０万円超			５００万円以下	１，５００万円以下
※夫婦の場合合計額を記入 ※定期預金を含む通帳等の写しを添付（裏面参照）	預貯金（定期預金含む）	円	定期預金の有無	有　・　無	※有の場合通帳添付
	有価証券・投資信託	円	現金（タンス預金）	円	
	金・銀等				

４０歳以上６５歳未満の者及び老齢福 円（夫婦は２，０００万円）以下です。

④定期預金の有無どちらかに〇を記入してください。有の場合は通帳の該当部分のコピーを添付してください。

※裏面の注意事項を必ずご覧ください。

（町田市記入欄）

申	
審	
処	
備考	□境界層　□その他（　）

④本人の年金収入額等が不明の場合、記入不要です。収入要件毎に定められた資産要件の基準額を超える資産をお持ちの場合、制度の対象外となります。該当する資産が無い場合は「０」をご記入ください。