

介護保険負担限度額認定申請書

町田市長様

年 月 日

次のとおり、食費・居住費に係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																
住所	〒																			
													電話番号							
代理申請者 (連絡先)	代理申請者氏名												電話番号							
	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【※別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。】

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	〒																				
													電話番号								
本年 1月1日 時点の住所	本年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を超えた場合は、対象外となります。認定後、一定金額を超えた場合は、ご連絡ください。】

被保険者及び配偶者の資産の金額を記入してください。			
	預貯金・定期預金 ※1 信託及び有価証券	その他 ※2 (現金・負債を含む。)	合計額
被保険者 本人分	円	円	円
配偶者分	円	円	円
合計	円	円	円
被保険者本人の年金収入等の年間の金額 ※該当する金額に○をつけてください。	【 80万円以下 ・ 80万円超120万円以下 ・ 120万円超 】 ※非課税年金も負担限度額認定の段階の算定要件に含まれます。		
※受給している全ての 非課税年金に○をつけてください	【 遺族年金 ・ 障害年金 】		
※受給している全ての非課税年金の 保険者に○をつけてください	日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済 ※記入が困難な場合は、市で確認するため記入不要です。		

※1 複数の口座や有価証券を保有している場合は、それらの全ての合計額を記入してください。

※2 負債額がある場合は、負債額を証明できる書類を添付し、差し引いて計算してください。
ゼロを下回る場合はマイナス(-)をつけて記入してください。

※ 別紙のご案内文に記載している資料を添付してください。

≪裏面もご記入ください≫

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、信託会社その他の関係機関（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、利用者負担段階ごとに定められている資産額を超えていた場合、本申請に係る認定開始日まで遡り、非該当となることに同意します。

年 月 日

〈被保険者本人〉

住所

氏名

〈配偶者〉

住所

氏名

〈成年後見人・保佐人・補助人等〉

続柄

氏名

・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。