

介護保険負担限度額認定申請書【記入例】

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	マチダ カイゴ	被保険者番号	0 0 0 8 8 8 8 8 8 8									
被保険者本人氏名	町田 介護	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	※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桁をご記入ください。
		生年月日	明・大・昭		5	年		8				
住所	〒194-0852 町田市中町1-20-23											
代理申請者(連絡先)	代理申請者氏名	町田 介護郎					電話番号	042-724-				
	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					

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。)

・配偶者について【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。】

フリガナ	マチダ カイゴ	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9
配偶者氏名	配偶者が死亡している場合は、記入不要です。	生年月日	明・大・昭		8	年		1		月 2 日	
		住所	〒194-0852 町田市中町1-2-22								
住所	マチダアパート202号室					電話番号	042-724-4366				
	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	・ <u>非課税</u>		※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。							

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	1,000,000 円	- 100,000 円	900,000 円
配偶者分	0 円	0 円	0 円
合計	1,000,000 円	- 100,000 円	900,000 円
段階ごとに定められた要件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。【10万円超】 また、資産がない場合は、「0」を記入してください。			
※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 <u>障害年金</u> 】 ※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の保険者に○をつけてください		日本年金機構 ・ <u>地方公務員共済</u> ・ 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。

2022 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。

成年後見人、保佐人、補助人等が代筆する場合のみ記載してください。

〈成年後見人・保佐人・補助人等〉

続柄 成年後見人

氏名 なかまち司法書士事務所 中町 介護

・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。