

介護保険負担限度額認定申請書 兼 同意書

(宛先) 町田市長

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るときは、町田市長が官公署、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、被保険者本人と配偶者（内縁関係の者を含む。）に係る課税状況や保有する預貯金、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。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過していた場合、非該当となることに同意します。

① 被保険者の事項・同意欄	フリガナ				介護保険被保険者番号					
	氏名				0	0	0			
	生年月日	年	月	日	個人番号（マイナンバー）					
	住所 〔住民票の住所〕	〒 -			電話番号（ ） -					
	介護保険施設利用状況	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> 入所予定 <input type="checkbox"/> 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				入所(院) 年月日		年 月 日			
	施設住所	<input type="checkbox"/> 上で記載した住所と同じ場合はチェックのみで可 〒 -								
配偶者の有無	有 ・ 無		配偶者には別世帯の配偶者や、事実婚、内縁関係の者を含みます。			生活保護受給の有無		有 ・ 無		
非課税年金の受給状況	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 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				【市民税】課税状況		課税 ・ 非課税			
	氏名				個人番号（マイナンバー）					
	生年月日	年	月	日	電話番号（ ） -					
	住所 〔住民票の住所〕	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ場合はチェックのみで可 〒 -			電話番号（ ） -					
③ 申請者欄	フリガナ				日中連絡先		（ ） -			
	氏名				本人との関係					

④ 収入・資産に関する申告	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	夫婦(合計)	
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者				無し		
	<input type="checkbox"/> 年金収入額等が年間82万6千5百円以下				650万円以下	1,650万円以下	
	<input type="checkbox"/> 年金収入額等が年間82万6千5百円超120万円以下				550万円以下	1,550万円以下	
<input type="checkbox"/> 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		円	負債（借入金等）		円	
					合計		円
	40歳以上65歳未満の者及び老齢福祉年金受給者は、収入額に関わらず資産要件は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。						

※裏面の注意事項を必ずご覧ください。

(町田市記入欄)

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新(昨年 段階)	受付状況	<input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> 入力
審査結果	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 非該当 (理由: <input type="checkbox"/> 本人課税 <input type="checkbox"/> 配偶者課税 <input type="checkbox"/> 世帯課税 <input type="checkbox"/> 資産超過)		
処理状況	<input type="checkbox"/> 書類不備 <input type="checkbox"/> 修正申請中 <input type="checkbox"/> 所得・非課税年金照会中 <input type="checkbox"/> 認定申請中		
備考	<input type="checkbox"/> 境界層 <input type="checkbox"/> その他 ()		

預貯金通帳のコピーについて

…現在お持ちの全ての通帳の写しについて、下記①②③をご提出ください。配偶者がいる場合は配偶者の分も必要です。
※生活保護受給者は必要ありません。

① 表紙をめくった最初の見開きページ (銀行名・支店名・口座種別・口座番号・名義人)

記号 ××××	番号 ××××××××	口座名義人 カイゴ タロウ 様
おなまえ 株式会社 ○○銀行 (銀行コード: ××××)		
支店名・口座種別 【取引店】 △△支店 【店番号】 ××× 【預金種目】 普通預金 【口座番号】 ××××××××		

② 普通預金のページ

年月日	お取引内容	お支払金額(円)	お預り金額(円)	差引残高(円)
1. 6-4-20				
2. 6-4-22				
3. 6-5-1	ATM			
4. 6-5-10	ATM			
5. 6-5-22	電気			
6. 6-5-28	水道			
7. 6-5-30	ATM			
8. 6-6-4	ガス			
9. 6-6-15	国民年金			
10. 6-6-20	***カード			
11. 6-6-25	○○○カード			
12. 6-6-27	ATM			
13. 6-6-30	ATM			

③ 定期預金等のページ

証券番号	お預り年月日	利率(%)	お預り金額	お支払年月日	お支払金額
01	3-10-1	0.00%	5-10-1		
01	5-10-1	0.00%	6-10-1		
02	5-12-1	0.00%	6-12-1		

預貯金以外の資産の書類コピーについて

…該当する物をお持ちの場合、ご提出ください(配偶者がいる場合2名分)。

お持ちの資産の種類	必要書類(例)
有価証券(株式・国債・地方債・社債等) 投資信託	銀行・証券会社・信託会社等の口座残高、名義人、時価評価額が確認できる部分の写し
出資金(JA、信用金庫等)	出資金が確認できる物の写し(出資証券、残高通知等)
金、銀等	購入先の口座残高、名義人が確認できる部分の写し
現金(タンス預金)	不要(自己申告)
負債(借入金・住宅ローン等)※	借用証書、金銭消費貸借契約書等の写し

※負債は預貯金等から差し引いて計算します。生命保険、自動車、収入の生じる太陽光発電や借家のローン等は対象外です。

注意事項

- この申請書は、課税・資産状況等について調査及び照会を行うことへの同意書も兼ねています。
- 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には、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きます。
- 下記の方は、通常よりも発送まで時間を要します。
 - ◆令和8年(2026年)1月1日時点で、本人や配偶者の住民票が町田市に無い方
 - ◆要介護・要支援認定の結果が出ていない方
 - ◆申告期限後に確定申告や住民税の修正申告等を行い、所得情報等が確定していない方
 - ◆提出書類に不備がある方
- 認定要件に該当する場合、申請の受付をした月の1日から適用になります。サービスを利用する月内に手続きいただかないと、食費・居住費の軽減を受けられない期間が発生しますのでご注意ください。
- 認定となりました方も、認定の条件に該当しなくなった場合は申告してください。
 - ◆所得・世帯の変更により、市民税課税世帯となった場合
 - ◆預貯金等が基準額を上回った場合

※認定証の有効期限が7月31日迄の為、毎年更新手続きが必要です。