

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

年 月 日

調布市長 あて

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ			被保険者番号	
被保険者氏名			個人番号	
生年月日	年 月 日			
住所	〒		電話番号	
入所（入院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒		電話番号	
入所（入院）年月日（※）	年 月 日		（※）介護保険施設に入所（入院）していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。	

配偶者の有無		有 ・ 無		左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年 月 日		個人番号	
	住所	〒		電話番号	
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒			
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税			

【下記①・②の申告についてご確認のうえ、該当する□1つに✓をして下さい】				
	① 収入等に関する申告		② 預貯金等に関する申告	
☐	生活保護受給者/市町村民税非課税である高齢福祉年金受給者		かつ	1,000万円（夫婦は2,000万円）以下
☐	市町村民税世帯非課税者	課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が <u>年額80.9万円以下</u>	かつ	650万円（夫婦は1,650万円）以下
☐		課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が <u>年額80.9万円超え120万円以下</u>	かつ	550万円（夫婦は1,550万円）以下
☐		課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が <u>年額120万円超え</u>	かつ	500万円（夫婦は1,500万円）以下
※1 第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、預貯金等に関する申告は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。 ※2 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり ※3 預貯金等の金額を裏面に記入				
非課税年金の受給状況		【受給している全ての非課税年金に○をして下さい】 遺族年金（寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む） ・ 障害年金		
		【受給している全ての非課税年金の保険者に○をして下さい】 日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済		

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	申請者日中連絡先（自宅・携帯・勤務先）
申請者住所 〒	本人との関係

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 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くことがあります。

注意：裏面に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

預貯金等に関する申告

種類	氏名（口座名義）	金融機関及び支店名	年金	預貯金額
預貯金		普通・定期・その他（ ）		円
		普通・定期・その他（ ）		円
		普通・定期・その他（ ）		円
		普通・定期・その他（ ）		円
	預貯金額の合計			円
有価証券等	氏名	種類	評価概算額	
			円	
			円	
	有価証券等の合計		円	
その他 (負債・現金等)	氏名	種類	金額	
			円	
			円	
	その他（負債・現金等）の合計		円	

同意書

調布市長 あて

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、調布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。

年 月 日

＜ 本人 ＞

住所

氏名

※代筆している場合

＜ 配偶者 ＞

代筆者： (続柄：)

住所

氏名

調布市記入欄

交付年月日	年 月 日					
適用年月日	年 月 日					
有効期限	年 月 日					
【個人番号の確認】 ☐ 個人番号カード、 ☐ 通知カード、 ☐ 住民票（番号付）		【身元の確認】 1点 ☐ 運転免許証、 ☐ パスポート、 ☐ 障害者手帳、 ☐ その他 2点 ☐ 介護保険被保険者証、 ☐ 健康保険被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ その他				
番号確認 要 / 不要	照会（有・無）	日時	/	:	担当者	
	統合照会		/	:		
	登録		/	:		
	破棄		/	:		