

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

小平市長 殿

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	1 3 0 0
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	年 月 日		
住 所	〒 電話番号		
介護保険施設の所在地及び名称（※）			
入所（院）年月日（※）	年 月 日	※介護保険施設に入所（院）していない場合は、記入不要です。	

配偶者の有無	有 ・ 無	※申請日時点において、既に配偶者が死別、離婚等している場合は「無」に○をしてください。 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、記入不要です。
フリガナ		
氏 名		
生年月日	年 月 日	
個人番号		
住 所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ（下記の住所欄は記入不要です。） 〒 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	

申請者に関する事項

被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 配偶者	左記において「本人」又は「配偶者」の場合は、以下の「住所」「氏名」については、記入不要です。
申請者住所	〒 電話番号	
申請者氏名		

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) 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項の規定により、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。

裏面へ続く

収入及び預貯金額等の申告

1 被保険者の収入、預貯金等に関する申告

※①～③の1つでも満たさない場合は対象外となり、申請することはできません。

<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者または市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。 ②老齢福祉年金受給者については預貯金、有価証券等の金額の合計が 1,000万円（夫婦は2,000万円）以下 です。
<input type="checkbox"/>	①市町村民税世帯非課税者です。 ②課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が 年額80万円以下です。 （受給している年金に〇して下さい） ③預貯金、有価証券等の金額の合計が 650万円（夫婦は1,650万円）以下 です。 ※第二号被保険者の方は、1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。
<input type="checkbox"/>	①市町村民税世帯非課税者です。 ②課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が 年額80万円を超え120万円以下です。 （受給している年金に〇して下さい） ③預貯金、有価証券等の金額の合計が 550万円（夫婦は1,550万円）以下 です。 ※第二号被保険者の方は、1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。
<input type="checkbox"/>	①市町村民税世帯非課税者です。 ②課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が 年額120万円を超えます。 （受給している年金に〇して下さい） ③預貯金、有価証券等の金額の合計が 500万円（夫婦は1,500万円）以下 です。 ※第二号被保険者の方は、1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。

2 被保険者及び配偶者の預貯金等に関する申告

	金 額	添 付 書 類
預貯金 (普通及び定期)	被保険者 円	通帳の写し (口座名義人や口座番号が記載されているページ及び直近2か月以上の出入金を確認できるページ)
	配偶者 円	
投資信託、有価証券 (株式、国債、地方債、社債等)	被保険者 円	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し (直近2か月以上の出入金を確認できるページ)
	配偶者 円	
金、銀等(積立購入を含む)、購入先の口座によって時価評価額が把握できる貴金属	被保険者 円	購入先の銀行等の口座残高の写し
	配偶者 円	
現金(タンス預金)	被保険者 円	自己申告 (添付書類は不要です。)
	配偶者 円	
負債(借入金、住宅ローン等)	被保険者 円	借用証書等の写し (直近2か月以上の出入金を確認できるページ)
	配偶者 円	
合 計	円	※本人名義の負債がある場合は、預貯金額などから差し引きます。

- ・直近2か月間の出入金がない場合は、2か月以前の写しでも構いません。
- ・口座残高等の提出は、ウェブサイトの画面コピーでも可能です。
- ・不備なく申請された月から、負担限度額認定の対象となります。

同意書

小平市長 殿

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、貴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

< 配偶者 >

住 所

氏 名