

介護保険負担限度額認定申請書 兼 同意書

東久留米市長

申請する日を記入してください。

令和 年 月 日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（部屋代）に係る負担限度額認定を申請します。
 「同意について」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、年金保険者または銀行、信託会社その他の機関に、私と配偶者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照会することに同意します。

被保険者の事項・同意欄	フリガナ	ヒガシクルメ タロウ	保険者番号	1	3	2	2	2	5	
	被保険者氏名	東久留米 太郎	被保険者番号	0	0	0	0			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	個人番号							
	住所	〒 東久留米市△△町□-□-□	連絡先	マイナンバーを記入してください。						
	入所(院)した介護保険施設の所在地と名称	〒	連絡先(電話)							
	入所(院)年月日	年	利用される施設の所在地と名称、利用開始(予定)日を記入してください。 (利用施設が未定の場合は空欄で構いません。)							
	配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	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や内縁関係							
	非課税年金の受給	<input type="checkbox"/> 遺族年金受給 <input type="checkbox"/> 障がい年金受給 <input checked="" type="checkbox"/> 受給なし ※遺族年金には寡婦年金・かん夫年金・母子年金・準母子年金								

上記において配偶者「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項・同意欄」については記入不要です。

配偶者の事項・同意欄	フリガナ	ヒガシクルメ ハナコ	個人番号							
	配偶者氏名	東久留米 花子	住民税	<input checked="" type="radio"/> 非課税 ・ <input type="radio"/> 課税						
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	マイナンバー	マイナンバーを記入してください。						
	住所	〒 東久留米市△△町□-□-□								
	本年1月1日現在の住所	〒	※現住所と異なる場合に記入してください。							

配偶者の課税状況であてはまるものを○で囲ってください。

以下の認定要件について申告してください。
 なお、認定には、下記(1)、(2)いずれの要件にも当てはまる必要があります。

		所得要件	資産要件（預貯金等の基準額）			
			65歳以上の方		64歳以下の方	
			単身	夫婦	単身	夫婦
(1) 収入等に関する申告 (右欄の①～③-2から選択)	<input type="checkbox"/> ①	・生活保護受給者（資産要件なし） ・非課税である老齢福祉年金受給者	1,000万円以下	2,000万円以下	1,000万円以下	2,000万円以下
	<input type="checkbox"/> ②	世帯全員が市町村民税非課税で、本人の年金収入額（非課税年金を含む）と合計所得金額が80万円以下です。	650万円以下	1,650万円以下		
	<input checked="" type="checkbox"/> ③-1	世帯全員が市町村民税非課税で、本人の年金収入額（非課税年金を含む）と合計所得金額が80万円を超え120万円以下です。	550万円以下	1,550万円以下		
	<input type="checkbox"/> ③-2	世帯全員が市町村民税非課税で、本人の年金収入額（非課税年金を含む）と合計所得金額が120万円以下です。	500万円以下	1,500万円以下		
(2) 預貯金等に関する申告 (配偶者がいる場合は合計額を記入)	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の合計額（預貯金、有価証券に係る）	資産の種類ごとの金額を記入してください。			
	預貯金額	有価証券(計算概算額)	その他(現金・負債を含む)	内容(現金)		
	2,000,000円			1,000,000円		

届出者が被保険者本人の場合は、下記については記入不要です。

届出者氏名	東久留米 二郎	連絡(自宅・勤務先)	〇〇〇-△△△-□□□□
届出者住所	東久留米市△△町□-□-□	本人との関係	子

裏面の注意事項を必ずご覧ください。

◆注意事項◆

(1) 申請には、この「介護保険負担限度額認定申請書 兼 同意書」のほかに、

- ① 被保険者本人の身元確認のできる書類（被保険者証の写し等）
- ② 被保険者本人の番号確認のできる書類（マイナンバーカードの写し等）
- ③ 通帳の写し（銀行名、口座番号、名義人のわかる部分と、
最終残高のわかる直近2カ月以内に記帳したもの）
- ④ その他、資産状況がわかる書類

が必要です。提出がない場合には、受け付けることができません。

(2) 預貯金等については、通帳を複数所有している場合は合計額を記入し、すべての通帳の写しを添付してください。

③④については配偶者がいる場合は、2名分必要です。

(3) 非課税年金については、複数の年金を受給している場合は、そのすべてを記入してください。

(4) (2)、(3)について、書き切れない場合は、余白に記入するか、または別紙に記入の上、添付してください。

(5) 虚偽の申告により、不正に特定入所者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、支給された金額の返還だけでなく、最大2倍の加算金を課される場合もあります。