

介護保険負担限度額認定申請書 兼 同意書

東久留米市長

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 | | 保険者番号 | / / / / 1 3 2 2 2 5 |
| | 被保険者氏名 | | 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 | 〒 連絡先（電話） | | |
| | 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 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 | 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のものも含まれます。 | |
| | 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 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・遺児年金を含みます | | |

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 | | 個人番号 | |
| | 配偶者氏名 | | 住民税 | 非課税 ・ 課税 |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 | | |
| | 住所 | 〒 連絡先（電話） | | |
| | 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。 〒 | | |

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） ・住民税世帯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）と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 | 650万円以下 | 1,650万円以下 | | |
| | <input 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）と合計所得金額の合計額が年額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）と合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。 | 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 type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計は、基準額以下です。 (預貯金、有価証券に係る通帳等の写しを添付します。) | | | | | |
| | 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 () | |
| | | 円 | 円 | 円 | | 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 | 連絡(自宅・勤務先) |
| 届出者住所 | 本人との関係 |

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。