

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□-□-□						
	入所(院)した介護保険施設の所在地と名称	〒						
	入所(院)年月日	年 月 日						
	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者					
	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				
	住所	〒 東久留米市△△町□-□-□					
	本年1月1日現在の住所	〒					

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	
			单身	夫婦	单身	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	非課税で、課税年金を含む）と合計所得金額が9,000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80万9,000円を超え120万円以下です。	550万円以下	1,550万円以下		
(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、有価証券等の総額 (預貯金、有価証券に係るものを併記します。)	資産の種類ごとの金額を記入してください。			
	預貯金額	2,000,000円	有価証券 (計算概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	内容 (現金) 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