

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年額82.65万円以下	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年額82.65万円超え120万円以下	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年額120万円超え	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。)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		/	:		