

# 令和\_\_\_\_年度介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

府中市長

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	0	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	( )														
入所(院)した 介護保険施設名称 及び所在地(※)				種類	特養・老健・療養型・密着型														
				電話番号	( )														
入所年月日(※)	年 月 日			※ 介護保険施設に入所(院)していない場合又はショートステイを利用している場合は、記入不要です。															

配偶者に関する事項	配偶者の有無	有 ・ 無 ※該当項目に必ず○を付けてください。			個人番号																
	フリガナ				生年月日																
	氏名					年	月	日													
	住所	同上				電話番号	( )														
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)																				
	市町村民税 課税状況	課税 ・ 非課税			※ 該当項目に必ず○を付けてください。																

※申請者が被保険者本人の場合には、次の欄への記載は不要です。

フリガナ				本人との関係															
申請者氏名																			
申請者住所				電話番号	( )														

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。

収入等に関する申告	□	①生活保護受給者または市町村民税非課税世帯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 <b>1,000万円(夫婦は2,000万円)以下</b> です。																			
	□	①市町村民税世帯非課税者です。 ②課税年金収入額とその他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。 ③預貯金、有価証券等の金額の合計が <b>650万円(夫婦は1,650万円)以下</b> です。 ※第2号被保険者の方は、1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。																			
	□	①市町村民税世帯非課税者です。 ②課税年金収入額とその他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。 ③預貯金、有価証券等の金額の合計が <b>550万円(夫婦は1,550万円)以下</b> です。 ※第2号被保険者の方は、1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。																			
	□	①市町村民税世帯非課税者です。 ②課税年金収入額とその他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。 ③預貯金、有価証券等の金額の合計が <b>500万円(夫婦は1,500万円)以下</b> です。 ※第2号被保険者の方は、1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。																			
非課税年金の 受給状況	□ 受給なし			□ 受給あり(遺族年金・障害年金)			※ 受給している年金に○を付けてください。														

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 及び残高が確認できるページ)
	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 (残高が確認できるページ)
	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	銀行、証券会社等の口座残高の写し
	配偶者 円	
現金 (たんす預金)	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 (残高が確認できるページ)
	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。

注意事項

- 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。
- 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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか、別紙に記入の上添付してください。
- 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。

同意書

令和 年 月 日

府中市長

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、銀行、信託会社その他の関係機関(以下「官公署等」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、保有する預貯金及び有価証券の残高等について、報告を求めることに同意します。

また、府中市長の報告要求に対し、官公署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官公署等に伝えて構いません。

被保険者本人 住所

氏名

被保険者の配偶者 住所

氏名