

介護保険負担限度額認定申請書

● 年 ● 月 ● 日

記入例

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。
算定にあたり、公簿等により世帯の所得状況等の確認を受けることに同意します。

申請者	フリガナ	コマエ タロウ	被保険者番号	
	被保険者氏名	狛江 太郎	個人番号	
	生年月日		個人番号（マイナンバー）をご記入ください。窓口にご提出の際は個人番号のわかるものと身分証明書をお持ちください。郵送の場合には、個人番号がわかるものの写しを提出してください。 ※個人番号の記入が困難な場合には、記入しなくても構いません。記入のない場合は、身分証明書の提示及び写しの提出も必要ありません。	
	住 所			
	入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）			
入所（院）年月日（※）		（※）ステイ		

配偶者の有無	有 ・ 無	（左記において無の場合は以下の「配偶者について」は記載不要です。）	
配偶者について	フリガナ	コマエ ハナコ	
	氏 名	狛江 花子	
	生年月日	明・大・昭 5 年 5 月 5 日	個人番号
	住 所	狛江市和泉本町5-4-3	電話番号
	本年1月1日現在の住所	☒ 現住所と同じ	あてはまるところに ☒ してください。
	課税状況	市区町村民税 課税 ・ 非課税	

収入等に関する申告	☐ ①生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金	遺族年金・障害年金の収入がある場合は、○で囲み、金額に含めます。	受給している全ての年金の保険者に○をして下さい	
	☒ ②市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その合			
	☐ ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額82.65万円を超え、120万円以下です。			
	☐ ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【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。			
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は1000万円（夫婦は2000万円）、②の方は650万円（同1650万円）、③の方は500万円（同1500万円）、④の方は1000万円（夫婦は2000万円）			
	預貯金等が該当の金額にあてはまる場合は ☒ してください。			
預貯金金額		(ア) 7,654,321 円	有価証券 (評価額) (イ) 0 円	その他 (現金・負債を含む) (ウ) 300,000 円

必要書類確認事項

預貯金通帳等の写し

- 被保険者と配偶者の分の通帳の写しはありますか？
- 口座番号がわかるページの写しはありますか？
（例：通帳の表紙の写し。ゆうちょ銀行の場合、表紙を一枚めくったページの写し）
- 最終残高を含む2ヶ月程度の明細（例：7月1日提出の場合、5月1日頃から直近の明細）の写しはありますか？
- 最新のものまで記帳を済ませていますか？
- 年金受給口座の場合、年金が入金されていることがわかるページを含んでいますか？

※必要書類は切らずにご提出いただいて構いません（A4サイズ等）。ホチキス等で留めずに、ご提出ください。

- 被保険者と配偶者の資産について、**合計額**を記入してください。表面の（ア）（イ）（ウ）の金額と裏面の合計額（ア）（イ）（ウ）は一致させてください。
- 明細は、裏面の「預貯金等に関する申告」に記入してください。

※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

※記載欄が足りない場合は、別紙を添付したり、余白に記入してください。

【預貯金】

	金融機関名	支店名	口座名義人	残高
1	●●銀行	狛江支店	狛江太郎	3,500,000
2	△△銀行	和泉多摩川支店	狛江花子	654,321
3	●●銀行	狛江支店	狛江太郎	2,500,000
4	△△銀行	和泉多摩川支店	狛江花子	1,000,000
5				
合計(ア)				7,654,321

本人と配偶者の預貯金通帳等の写し（口座番号が載っているページの写し及び明細2か月分の写し）を添付してください。
例）7月1日提出の場合5月1日頃から直近の明細の写し

【有価証券等】

		残高
1		
2		

- ・預貯金通帳等の写しの詳細については、表面の「必要書類確認事項」をご参照ください。
- ・有価証券等は現在の評価概算額を記入し、価格評価を確認できる書類を添付してください。（書類の入手が容易な場合に限る）
- ・合計(ア)(イ)(ウ)の金額と表面の(ア)(イ)(ウ)の金額は一致させてください。

【その他】

	項目	金額
1	現金(本人)	200,000
2	現金(花子)	100,000
合計(ウ)		300,000

同意書

狛江市長 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。以下同じ。）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、狛江市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、

任意の日付をご記入ください。

令和____年____月____日

<本人> 住所

狛江市和泉本町5-4-3

氏名

狛江 太郎

<配偶者>

住所

狛江市和泉本町5-

氏名

狛江 花子

本人と配偶者の住所と氏名を必ず記入してください。

市記入欄（確認欄）

交付年月日	添付書類	課税状況	預貯金等	受付
年 月 日	・通帳写（本・配）	課税・非課税	①（2号）1000万【2000万】以下・超	
適用年月	市記入欄は記入不要です。			入力
年 月				
有効期				確認
年 月 日				
	・3②・却下	・預貯金等金額超過 ・その他（ ）		