

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 令和 年 月 日  
(宛先) 小金井市長

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                                             |  |                                           |   |     |                   |           |
| 被保険者氏名                         |                                                                                                                                                                                      | 個人番号                                               |  |                                           |   |     |                   |           |
| 生年月日                           |                                                                                                                                                                                      |                                                    |  |                                           |   |     |                   |           |
| 明・大・昭                          |                                                                                                                                                                                      | 年                                                  |  | 月                                         |   | 日   |                   |           |
| 住所                             |                                                                                                                                                                                      | 連絡先                                                |  |                                           |   |     |                   |           |
| 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）       |                                                                                                                                                                                      | 連絡先                                                |  |                                           |   |     |                   |           |
| 入所（院）年月日（※）                    |                                                                                                                                                                                      | 昭・平・令                                              |  | 年                                         |   | 月 日 |                   |           |
|                                |                                                                                                                                                                                      | (※) 介護保険施設に入所（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                                                                                                                                                                                 | 明・大・昭・平                                            |  | 年                                         |   | 月 日 |                   |           |
|                                | 個人番号                                                                                                                                                                                 |                                                    |  |                                           |   |     |                   |           |
|                                | 住所                                                                                                                                                                                   | 連絡先                                                |  |                                           |   |     |                   |           |
|                                | 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                                  |   |     |                   |           |
| 収入等に関する申告                      | <input type="checkbox"/> ①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者                                                                                                                            |                                                    |  |                                           |   |     |                   |           |
|                                | <input type="checkbox"/> ③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、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。(受給している年金に〇して下さい。以下同じ。)<br>※ 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。以下同じ。                    |                                                    |  |                                           |   |     |                   |           |
|                                | <input type="checkbox"/> ④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、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。                                                                             |                                                    |  |                                           |   |     |                   |           |
|                                | <input type="checkbox"/> ⑤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、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。                                                                                      |                                                    |  |                                           |   |     |                   |           |
| 預貯金等に関する申告<br>※通帳等の写しは別添       | <input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。<br>※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 |                                                    |  |                                           |   |     |                   |           |
|                                | 預貯金額                                                                                                                                                                                 | 円                                                  |  | 有価証券<br>(評価概算額)                           | 円 |     | その他<br>(現金・負債を含む) | ( )※<br>円 |
| 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                          |                                                                                                                                                                                      |                                                    |  | 連絡先（自宅・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所有している場合は、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。  
(裏面の同意書も記入してください。)

市使用欄

|    |             |     |
|----|-------------|-----|
| 備考 | (新規・更新・その他) | 収受印 |
|----|-------------|-----|

令和6年中の非課税年金の受給状況について、いずれかの数字に○をしてください。

- 1 非課税年金を受給している                      2 非課税年金を受給していない

非課税年金を受給している場合、受給している年金に○をしてください。

(当てはまる数字に○をしてください。非課税年金を受給していない場合は回答不要です。)

- 1 遺族年金                      2 障害年金

非課税年金を受給している場合、受給している全ての年金の保険者に○をしてください。

(当てはまる数字に○をしてください。非課税年金を受給していない場合は回答不要です。)

- 1 日本年金機構              2 地方公務員共済              3 国家公務員共済              4 私学共済

### 同 意 書

小金井市長 殿

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、小金井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

<配偶者>

住所

氏名