第20号様式（第23条関係）

**記入例**

（宛先）

氏名、住所、電話番号等をご記入ください。

（表）

提出する日付をご記入してください。

介護保険負担限度額認定申請書

令和４年７月１日

上尾市長

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　被保険者氏名



生 年 月 日

〒

住 所

入 所 （ 院 ）（※）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ ※ ）介護保険施設に入所（院）していない場合及びショートス

年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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、記入不要です。

フリガナ

入 所 ( 院 ) し た介護保険施設の所在地 及 び 名 称 （ ※ ）

あげお　たろう

年　　　　月　　　　日

上尾　太郎

昭１０年１月１日

362-00××

上尾市本町〇〇―〇〇

被保険者番号個人番号

個人番号（マイナンバー）を記入ください。（不明な場合は空欄でも構いません。）

連絡先

・配偶者「有」（同居・別居にかかわらず）の場合、配偶者に関する事項をご記入してください。また、事実婚の場合も記入してください。

・個人番号（マイナンバー）は不明な場合は、空欄でも構いません。

氏 名　　　上尾　花子

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配 |  | |
| 偶者 | 生年月日 | |
| に |  |  |
| 関す | 住 | 所 |
| る  事  項 |  |  |

昭１０年１月２日

　　　〒362-00××

上尾市平方〇〇〇〇―〇

個人番号

１月１日の住民登録地が上尾市外で非課税の場合は、配偶者の非課税証明書を添付してください。

連絡先　048-○○○-○○○○

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

連絡先

受給している全ての年金の保険者に〇して下さい

日本年金機構

地方公務員共済

国家公務員共済

私学共済

□　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80万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい。)

※ 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

□　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

・配偶者がいる場合は、夫婦合計額を記入してください。

・預貯金額（普通、定期、積立等）を記入し、銀行名・支店・口座番号・名義のわかる部分と現在残高がわかる部分の写しを添付してください。

・有価証券・投資信託については、現在の評価概算額を記入し、その価格を確認できる書類を添付してください。

・その他の欄は、タンス貯金、負債（事業に係る負債は除く）等の名目と金額を記入してください。

負債の場合は－（マイナス）をつけ、借用証明等を添付してください。

０

０

450万

年　　　　　　月　　　　　日から

非課税年金収入　無　・　有　　 制限　無　・　有

生保　無 ・ 有　（□生活支援課）　　　認定　支・介（1・2・3・4・5）

非該当理由

課税による　（本人　　配偶者　　世帯員）

預貯金等　　　□1，000万円超え（単身） 2,000万円超え（夫婦）※２号含む

の合計　 　 □　 650万円超え（単身） 1,650万円超え（夫婦）

□　　550万円超え（単身）1,550万円超え（夫婦）

　　　　　　　　　□　 500万円超え（単身）1,500万円超え（夫婦）

課長　　　　　　　　　　　 主幹　　　　　　　　 　グループのリーダー　　　　　 担当

年　　　　　　月　　　　　日まで

適用年月日

年　　　　　　月　　　　　日

交付年月日

該当区分

□　第１段階　　　□　第２段階　　　□第３段階①　　　□第３段階②

□　第４段階

※内容を記入してください。

（　　　　　　　　　　）※

円

その他

（現金・負債含む）

円

円

有価証券

（評価概算額）

預貯金額

□　預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は、1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円

　　　(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円（同1,500万円)以下です。

　　　※第２号被保険者(40歳～64歳)の場合は、③～⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円）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【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80万円を超え、120万円以下です。(受給している年金に〇して下さい。)

収入等に

関する申告

預貯金等に

関する申告

※通称等の写しは

別添

□　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。(受給している年金に〇して下さい。)

（裏）

署名をお願いします。

上尾市平方〇〇〇〇―〇

上尾　花子

上尾市本町〇〇―〇〇

上尾　太郎

令和　４　　　　　　　７　　　　　　１

氏 名：

〈配偶者〉

住 所：

氏 名：

〈本 人〉

住 所：

日

月

年

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、貴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。

書

意

同

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名  上尾　二郎　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　090-○○○○-○○○○  さいたま市中央区〇〇―〇〇　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　子 | 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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
3. 書ききれない場合は、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。

・口座名義人がわかる箇所と最終残高がわかる箇所を添付してください。（最終取引が２カ月以上前の場合には、通帳記入をしてからコピーしてください。）

添付書類

通帳等の写し（本人分・配偶者分）