

記載例

介護保険負担限度額認定申請書

マイナンバーを記入してください。
※未記入でも申請できます。

令和〇年 〇月 〇日

小平市長 殿

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	コダイラ マルマル	被保険者番号	1 3 0 0 9 8 7 6 5 4
被保険者氏名	小平 〇〇	個人番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
生年月日	昭和 △年 ×月 □日		
住所	〒187-×××× 小平市 ××町 □ - ▷▷▷▷		
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒187-□□□□ 小平市 〇〇町 ×-□□ 特別養護老人ホーム △△		
入所（院）年月日（※）	令和 〇年 〇月 〇日	※介護保険施設に入所（院）していない場合は、記入不要です。	

特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院に入所（院）していない場合は、記入不要です。

短期入所生活介護（ショートステイ）をご利用の場合は、記入不要です。

配偶者の有無に〇をしてください。

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	※申請日時点において、既に配偶者が死別、離婚等している場合は「無」に〇をしてください。
フリガナ	コダイラ バツバツ	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。
氏名	小平 ××	
生年月日	昭和 △年 ×月 〇日	
個人番号	8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ（下記の住所欄は記入不要です） 〒 電話番号	
配偶者に関する事項	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	1月1日現在で、今のご住所と違う場合は、ご記入下さい。
課税状況	市町村民税 課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税	配偶者の該当する課税状況に〇をつけてください。

配偶者の氏名等をご記入下さい。

申請者に関する事項

被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> その他（子） <input type="checkbox"/> 配偶者	左記において「本人」又は「配偶者」の場合は、以下の「住所」「氏名」については、記入不要です。
申請者住所	〒187-△△△△ 小平市 □□町 〇-△△△	電話番号 042-346-△△△△
申請者氏名	小平 □□	

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) 虚偽の申告により不正に特定高齢者介護給付金等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定により、支給された額及び返還金等があります。

【必ず裏面も記入してください】

収入及び預貯金額等の申告

該当する項目に✓をつけて下さい。
受給している年金に○をして下さい。

1 被保険者の収入等に関する申告

※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。

<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者または市町村民税世帯非課税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1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。
<input type="checkbox"/>	①市町村民税世帯非課税者です。 ②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80万円以下です。 ③預貯金、有価証券等の金額の合計が600万円(夫婦は1,000万円)以下です。 ※第二号被保険者の方は、1,000万円以下です。
<input checked="" type="checkbox"/>	①市町村民税世帯非課税者です。 ②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550万円(夫婦は1,550万円)以下※です。 ※第二号被保険者の方は、1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。
<input type="checkbox"/>	①市町村民税世帯非課税者です。 ②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。 ③預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下※です。 ※第二号被保険者の方は、1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。

預貯金等の合計金額が基準を上回っている場合は申請することができません。

申請する前に必ずご確認ください。

2 被保険者及び配偶者の預貯金等に関する申告

	金額	
預貯金 (普通及び定期)	被保険者 1,500,000 円	直近2か月の間に預貯金等の基準額を下回るような引き出しがあった場合等は、別途確認させていただく場合があります。 場合によっては、領収証等の提出を求める場合もありますのでご了承ください。
	配偶者 1,800,500 円	
投資信託、有価証券 (株式、国債、地方債、社債等)	被保険者 0 円	購入
	配偶者 200,000 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 0 円	購入
	配偶者 0 円	
現金(タンス預金)	被保険者 55,000 円	自己申告 (添付書類は不要です。)
	配偶者 66,000 円	
負債(借入金、住宅ローン等)	被保険者 0 円	借用証書等の写し (直近2か月以上の出入金を確認できるページ)
	配偶者 0 円	
合計	3,621,500 円	※本人名義の負債を差し引きます。 被保険者と配偶者の合計金額を記入してください。

- ・直近2か月間の出入金がない場合は、2か月以前の写しでも構いません。
- ・口座残高等の提出は、ウェブサイトの画面コピーでも可能です。
- ・不備なく申請された月から、負担限度額認定の対象となります。

同意書

小平市長 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、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。

○年 ○月 ○日

本人や配偶者の方が記入できない場合は、申請者による代筆も可能です。

< 本人 >

住所 小平市××町□ - ▷▷▷▷

氏名 小平 ○○

被保険者の住所・氏名のご記入をお願いします。

< 配偶者 >

住所 小平市××町□ - ▷▷▷▷

氏名 小平 ××

配偶者の住所・氏名のご記入をお願いします。

【預貯金添付書類】

2種類の添付書類が必要です。

① 預貯金通帳の名義人や口座番号の写し

【見本】 ゆうちょ銀行 ※通帳の1、2ページ



● 配偶者がいる場合は、2名分必要です。

● 通帳の見開きの写しを添付してください。

② 直近2か月以上の出入金及び定期預金の記載ページの写し

【通帳最終残高】 ※画像はイメージです

普通預金 (兼お借入明細)				差引残高(円)
年月日	お取引内容	お支払金額(円)	お預り金額(円)	
1	繰越			* 318,376
2	給与		421,298	* 739,674
3	電気	7,436		* 732,238
4	JD キャッシュバック		213	* 732,025
5	ネットバンク決済	30,000		* 702,025
6	ATM(001)	100,000		* 602,025
7	JD ネットDEF決済	48,800		* 553,225
8	振込 ネット 知		4,000	* 557,225
9	FE ネットJKLサービス	32,500		* 524,725
10	給与		229,813	* 754,538
11	銀行	30,000		* 724,538
12	ネット/BCカード	95,789		* 628,749
13	ATM(001)	30,000		* 598,749
14	JD ネットGHヒヤカ決済	5,980		* 592,769
15	ATM(001)	20,000		* 572,769

直近2か月の間に預貯金等の基準額を下回るような引き出しがあった場合などは、別途確認させていただく場合があります。

※場合によっては、領収証等の提出を求める場合もありますのでご了承ください。

● 直近2か月以上の出入金が確認できるよう記帳してください

※定期預金がある場合は合わせて添付してください。

● 最終記帳日が直近2か月以前の場合は、余白に

「令和〇年〇月〇日通帳記入」等のご記入をお願いします。