# 記入例

## 介護保険負担限度額認定

個人番号が分かる方はご記入ください。未記入の場合は市で記入します。
個人番号を記入された方は下に記載の書類(※)を添付してください。

日

武蔵野市長 殿

次のとおり関係書類を添えて、居住費(滞在費)・食費に係る負担限度額認定を申請します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | フリガナ | フリガナ | 個人番号 | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 |
| | 被保険者氏名 | ○○ □□ | 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 |
| | 生年月日 | 明 ・ 大 ・ (昭) 1 2 年 3 月 | | |
| | 住所 | 〒180-0012<br>武蔵野市緑町2丁目2番28号 | | |
| | 入所した介護保険施設の名称 | 武蔵野市中町×丁目×番×号<br>介護老人保健施設 ムサシノハウス | 電話番号 | 0422-××-×××× |
| | 入所年月日 | 令和4 年 ○ 月 ○ 日 | サービス種別 | (特養) ・ 老健 ・ 療養型 ・ 医療院 ・ ショートステイ |

介護保険施設に入所・入院しない場合は空欄のままで結構ですが、入院・入所中の場合には、施設の名称等をご記入ください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 配偶者の有無 | (有) ・ 無 ※無の | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | フリガナ | | |
| | 氏名 | ○○ △△ | | |
| | 生年月日 | 明 ・ 大 ・ (昭) 1 2 年 1 月 1 日 | 課税状況 | 市町村民税 課税 ・ (非課税) |
| | 住所 | 〒180-001<br>武蔵野市緑町２丁目２番28号 | | |
| | 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) | | | |

配偶者がいる場合は、配偶者の氏名・住所・電話番号・生年月日、課税状況をご記入ください。配偶者には、世帯分離をしている配偶者、内縁関係の方も含みます。
個人番号を記入された方は下に記載の書類(※)を添付してください。

配偶者が課税されている場合は限度額認定の対象外になります。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 収入等に関する申告<br>(いずれかに「レ」を入れてください) | 市町村民税非課税世帯であって、課税<br>公的年金等に係る雑所得金額を除いた | | | |
| | □ 年額80万円以下、かつ、預貯金等 | | | |
| | ☑ 年額80万円超120万円以下 | | | |
| | □ 年額120万円超、かつ、預貯金等 | | | |
| | □ その他(生活保護受給者・市区町村民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者) | | | |
| | □ | | | |
| 非課税年金受給状況 | 遺族年金<br>(寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む) | (有) ・ 無 | 「有」の場合、受給しているすべての非課税年金に○をつけてください。<br>日本(年金)機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私(学)共済 | 障害年金 有 ・ (無) |
| 預貯金等に関する申告 | 預貯金額 | 1,234,000 円 | 有価証券(評価概算額) 50,000 円 | その他(現金・負債等) 600,000 円 |

該当する項目に必ずチェックを入れてください。預貯金額等はご本人、配偶者の合計金額です。

預貯金の額が確認できる通帳等の写しを添付してください(申請日の2か月前までの期間に記帳したもの。銀行・支店・口座番号・口座名義がわかるページ、残高がわかるページ、年金を受給している口座の場合は、年金の振込が確認できるページが必要です)。

区分決定にあたり非課税の遺族年金及び障害年金の額も勘案します。受給している場合、該当する全ての非課税年金に○をしてください。

申請内容についてのお問い合わせ先(ご本人の場合は記入不要です。)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 連絡先氏名 | ○○ △△ | 本人との関係 | 夫 | 電話番号 | 0422-××-×××× |

申請内容の問い合わせ先(なるべく日中連絡のできる電話番号)を記入してください。

注意事項 (1) この申 … ます。
(2) 負担限度額の算定にあたり、公簿等により所得状況等の確認を行います。
(3) 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てください。
また、預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しを別途添付してください。
(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、支給された額および最大２倍の加算金を返還していただくことがあります。

**※個人番号を記入された方は下の①②両方の書類の写しを添付してください。**

〈番号確認のため〉①個人番号カード、通知カード、住民票(個人番号の記載があるもの)等、番号が確認できるもの１点
〈本人確認のため〉②個人番号カード、運転免許証、障害者手帳、旅券等のうち1点
又は、介護保険証、医療保険証、年金手帳、市民カード、公共料金の領収書、住民票等のうち2点

(個人番号カードは①②の両方を満たします。「個人番号カード」の(表)(裏)両面の写しを添付してください。)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 番号確認 | □個人番号カード<br>□住民票 □その他( ) | 身元確認 | 1点 □個人番号カード □運転免許証 □障害者手帳 □その他( )<br>2点 □介護保険証 □健康保険証 □年金手帳 □その他( ) | 確認者印 |