

昭島市長 宛

令和〇年〇月〇日

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                                 | アキシマ タロウ                            |                                                                                                                                                                                             | 被保険者番号          | 0 | 0                     | 0                         | 0                                                     | 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |   |   |   |   |   |
| 被保険者氏名                               | 昭島 太郎                               |                                                                                                                                                                                             | 個人番号            | * | *                     | *                         | *                                                     | *    | * | * | * | * | * |   |   |   |   |   |
| 生年月日                                 | 昭和 11年 8月 9日                        |                                                                                                                                                                                             |                 |   |                       |                           |                                                       |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 住所                                   | 〒196-8511                           |                                                                                                                                                                                             |                 |   |                       |                           |                                                       |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                      | 昭島市田中町1-17-1                        |                                                                                                                                                                                             |                 |   |                       |                           | 連絡先042-544-5111                                       |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 入所（院）した<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称<br>（※） | 昭島市田中町〇-△-□                         |                                                                                                                                                                                             |                 |   |                       |                           |                                                       |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                      | 介護保険施設 介護の森                         |                                                                                                                                                                                             |                 |   |                       |                           | 連絡先042-〇〇〇-××××                                       |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 入所（院）年月日<br>（※）                      | 昭・平・令 4年12月15日                      |                                                                                                                                                                                             |                 |   |                       |                           | （※）介護保険施設に入所（院）していない場合及び<br>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<br>事項」については、記入不要です。         |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 配偶者に関する<br>事項                        | フリガナ                                | アキシマ ハナコ                                                                                                                                                                                    |                 |   |                       |                           |                                                       |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                      | 氏名                                  | 昭島 花子                                                                                                                                                                                       |                 |   |                       |                           |                                                       |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                      | 生年月日                                | 明・大・昭 8年10月11日                                                                                                                                                                              |                 |   |                       |                           |                                                       | 個人番号 | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
|                                      | 住所                                  | 〒●●●-△△△△<br>青梅市〇〇町▲-■-● 連絡先042                                                                                                                                                             |                 |   |                       |                           |                                                       |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                      | 本年1月1日<br>現在の住所（現<br>住所と<br>異なる場合）  | 昭島市田中町1-17-1                                                                                                                                                                                |                 |   |                       |                           |                                                       |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                      | 課税状況                                | 市町村民税 課税 ・ 非課税                                                                                                                                                                              |                 |   |                       |                           |                                                       |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 該当する項目に<br>チェックを入れ<br>てください          | <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                                                                                                                                                            |                 |   |                       |                           |                                                       |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 収入等に関<br>する申告                        | <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※1・障害年金】の収入額、<br>その他の合計所得金額の合計額が基準額※2以下です。<br>（受給している年金に〇をして下さい。以下同じ。）<br>※1 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。<br>※2 令和7年分：年額82.65万円、令和6年分：年額80.9万円 以下同じ。 |                 |   |                       |                           |                                                       |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                      | <input checked="" 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、<br>その他の合計所得金額の合計額が基準額※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、<br>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                           | <input checked="" 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<br>（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。                             |                 |   |                       |                           |                                                       |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ※通帳等の写しは<br>別添                       | 預貯金額                                | 4,500,000円                                                                                                                                                                                  | 有価証券<br>（評価概算額） | 円 | その他<br>（現金・負債<br>を含む） | ( )※<br>円<br>※内容を記入してください |                                                       |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

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 | 昭島 花美        | 連絡先（自宅・勤務先） | 090-△△△△-■■■■ |
| 申請者住所 | 昭島市昭和町〇-〇〇-〇 | 本人との関係      | 長女            |

- 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を除く。

(2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その旨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。
- 預貯金等がある場合は、残高の分かる通帳の写し等を添付してください。

配偶者がいる場合は、本人と配偶者二人分の書類が必要になります。

# 同意書

昭島市長 宛

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。

令和〇年〇月〇日

〈本人〉

住所 昭島市田中町 1 - 1 7 - 1

氏名 昭島 太郎

〈配偶者〉

住所 青梅市〇〇町▲-■-●

氏名 昭島 花子