

介護保険負担限度額認定申請書

令和元年度

申請書記載方法

令和元年8月1日

西東京市長

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	ニシトウキョウ タロウ		被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
被保険者氏名	西東京 太郎		性別	男	女										
生年月日	昭和10年1月1日		個人番号	0	1	2	3	1	2	3	4	2	3	4	5
住所	西東京市中町一丁目5番1号														
介護保険施設の所在地及び名称(※)	特別養護老人ホーム ○○○○														
入所する居室の種別	① ユニット型個室		3 従来型個室												
	2 ユニット型個室の多床室		4 多床室												
入所(居)年月日(※)	昭・平 令和元年8月1日		(※) 介護保険施設に入所(居)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		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。												
配偶者に関する事項	フリガナ	ニシトウキョウ ハナコ													
	氏名	西東京 花子													
	生年月日	明・大・昭 12年1月1日													
	住所	西東京市中町一丁目5番1号 連絡先 042-×××-××××													
	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 いずれかに「レ」を入れてください	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/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"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税および非課税年金の収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。													
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税および非課税年金の収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円を超えます。													
非課税年金に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	非課税年金(※)を受給しています。 ※ (遺族年金、障害年金、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) 【日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済】 → 受給している全ての年金の保険者に○して下さい													
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1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり													
		預貯金額	2,213,650円	有価証券(評価概算額)	0円	その他(現金・負債を含む)	(現金)※ 30,000円								

記入日を記載してください。

氏名の横に押印してください。  
被保険者の基本情報を記入してください。  
個人番号がわからない場合は、記入不要です。

入居している施設名等を記入してください。  
施設に入居していない場合は、記入不要です。

配偶者の情報を記入してください。  
配偶者がいない場合は「無」に丸を付け、その他の記入は不要です。  
配偶者の住民税課税状況を照会する場合は、平成30年1月1日に配偶者の住民票がある市区町村の税部局にお問い合わせください。

被保険者が該当するものにチェックをしてください。  
わからない場合は、記入不要です。

遺族年金や障害年金等を受給している場合はチェックをしてください。  
また、受給している全ての年金の保険者に○してください。

本人及び配偶者(配偶者がいる場合)の預貯金等の合計額を記入してください。  
同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その合計額を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	西東京 二郎	連絡先	042-×××-××××	
申請者住所	西東京市南町五丁目6番13号	本人との関係	長男	

- 【添付書類】
- 同意書(裏面参照)
  - 全ての預貯金等を確認できる書類の写し(裏面参照)
- ※ 配偶者がいる場合は2人分の写しが必要です。

# 同意書記載方法

## 同意書

西東京市長 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、信託会社その他の機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の収入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、報告を求めす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

記入日を記載してください。

ません。

令和 元年 8 月 1 日

必ず押印してください。  
押印漏れの場合は受付できません。

被保険者  
本人

<本人>

住所 西東京市中町一丁目5番1号

氏名 西東京 太郎

西東京

配偶者が  
いる場合

<配偶者>

住所 西東京市中町一丁目5番1号

氏名 西東京 花子

西東京

代筆者 西東京 次郎

西東京

家族等が代筆した場合には、余白に  
代筆者の署名・捺印をしてくださ

# 通帳等の写しについて

被保険者本人及び配偶者（配偶者がいる場合）の資産を確認するため、所有する預貯金等を確認できる書類の写し（通帳等）が必要です。

- 銀行名・支店・口座番号・名義が確認できる部分
- ※ ゆうちょ銀行の場合は、通帳の表紙には支店や口座番号が記載されていないため、表紙をめくった上下の部分をコピーしてください。
- 申請日の直近2カ月前までの残高が確認できる部分
- 定期預金がある場合は、その残高が確認できる部分
- 投資信託や有価証券等がある場合は、その口座残高がわかるもの

## 【問い合わせ先及び郵送先】

西東京市健康福祉部高齢者支援課介護指導給付係  
〒202-8555 西東京市中町1-5-1  
電話 042-438-4030（直通）