

介護保険負担限度額認定申請書

令和6年度

令和 6 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	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
生年月日	明・大・ 昭 10年 10月 10日	連絡先	042-〇〇〇-△△△△											
住 所	西東京市南町〇-△-〇													
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	特別養護老人ホーム〇〇〇〇 △△△市〇〇〇町〇-△-〇													
入所（院）する居室の種類	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（院）年月日（※）	昭・平・ 令 6年 7月 1日 （※）介護保険施設に入所（院）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。													

記入日を記載してください。

被保険者の情報を記入してください。

入所している施設名等を記入してください。
施設に入所していない場合は、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、令和6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。

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〇してください。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。

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」については記載不要です。												
フリガナ	ニシトウキョウ ハナコ		被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1		
氏 名	西東京 花子		個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
生年月日	明・大・ 昭 15年 5月 5日														
住 所	西東京市南町〇-△-〇														
本年1月1日現在の住所（現在所と異なる場合は）															
課税状況	市町村民税 課 税 非 課 税														

収入等に関する申告	☐ 1	生活保護受給者（資産要件なし）/市町村民税世帯非課税者である高齢福祉年金受給者 預貯金等の資産は1,000万円（未満2,000万円）以下です。											
	☐ 2	市町村民税世帯非課税者であって、前年の年収金等（※1）が年額80万円以下です。 預貯金等の資産は850万円（未満1,650万円）以下です。											
	☒ 3-①	市町村民税世帯非課税者であって、前年の年収金等（※1）が年額80万円超120万円以下です。 預貯金等の資産は850万円（未満1,650万円）以下です。											
	☐ 3-②	市町村民税世帯非課税者であって、前年の年収金等（※1）が年額120万円を超えます。 預貯金等の資産は850万円（未満1,650万円）以下です。											
非課税年金に関する申告	☒	非課税年金（※2）を受給しています。※2（ 遺族年金、障害年金、基礎年金、かんき年金、 母子年金、孝老年金、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〇して下さい											
預貯金等に関する申告	☒	預貯金、有価証券等の金額の合計は預貯金等の資産の基準以下です。 ・預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおりに ・第2号被保険者（40歳から64歳）の方は1,000万円（未満2,000万円）以下です。											
	預貯金額	2,233,445円	有価証券（評価額）	0 円	その他（現金・負債を含む） 現金 30,000 円 ※内容を記入してください								

※1 年収金等＝公的年金等収入金額（非課税年金を含む）＋合計所得金額から年金所得を除いた額

申請者氏名	西東京 二郎	連絡先	090-△△△△-〇〇〇〇											
申請者住所	西東京市西原町△-〇-〇		本人との関係	長 男										

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。

【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

記入日を記載してください。

令和 6 年 8 月 1 日

<本人>

被保険者
本人

住所 西東京市南町〇ー△ー□

氏名 西東京 太郎

<配偶者>

配偶者が
いる場合

住所 西東京市南町〇ー△ー□

氏名 西東京 花子

代筆の場合、代筆した方のお名前を記入してください。

代筆者 西東京 二郎

家族等が代筆した場合には、代筆者の署名をしてください。

通帳等の写しについて

被保険者本人及び配偶者の資産を確認するため、所有する口座の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、口座情報が確認できる部分もコピーしてください。

● 申請日の直近2か月間の全ての取引状況が確認できる部分

● 定期預金がある場合は、その残高が確認できる全ての部分

● 年金受給している方は、年金受給状況が分かるようにコピーを取ってください。

● 投資信託や有価証券等がある場合は、その口座情報及び口座残高が確認できる物

※ 生活保護受給者及び境界層該当者の方は同意書、通帳の写しの提出は不要です。

【問合せ先及び郵送先】

西東京市健康福祉部高齢者支援課介護調整係
〒188-8666 西東京市南町五丁目6番13号
電話 042-420-2813（直通）