

(宛先) 所沢市長

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

フリガナ 被保険者氏名	トコロザワ ハナコ		被保険者番号	1	0	0	0	1	2	3	4	5	6
	所沢 花子		個人番号										
			生年月日	明・大	昭	14	年	7	月	1	日		
住 所	〒359-0042 所沢市並木1-1-1						電話番号 04-2999-1234						
入所（院）した 介護保険施設の所在地	〒359-0000 所沢市〇〇1-2-3												
入所（院）した 介護保険施設の名称	特別養護老人ホーム 〇〇園												
入所（院）年月日 (※)	令和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。									

個人番号(マイナンバー)が不明の場合は、  
空欄でも大丈夫です。

配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	配偶者の有無が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です																	
配偶者に関する事項	フリガナ	トコロザワ イチロウ																		
	氏 名	所沢 一郎																		
	生年月日	明・大	昭	14	年	4	月	2	日	個人番号										
	住 所	〒359-0042 所沢市並木1-1-1						電話番号 04-2999-1234												
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒						電話番号												
課税状況	<input type="checkbox"/> 課税		<input checked="" type="checkbox"/> 非課税																	

別居・内縁関係も含まれます

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	1：生活保護受給者 / 2：...												
	<input type="checkbox"/>	3：市町村民税世帯非課税者 母子年金、準母子年金、遺児年金 額が年額80万円以下です。												
	<input checked="" type="checkbox"/>	4：市町村民税世帯非課税者 母子年金、準母子年金、遺児年金 額が年額80万円を超え、120万円以下です。												
	<input type="checkbox"/>	5：市町村民税世帯非課税者 母子年金、準母子年金、遺児年金 額が年額120万円を超えます。												
年金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金		<input checked="" type="checkbox"/> 障害年金		<input type="checkbox"/> なし									
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは添別	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が2の方は1,000万円（3の方は1,650万円）、4の方は550万円（同1,550万円）以下です。※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の（夫婦は2,000万円）以下です。												
	預貯金額	200,000円		有価証券 (評価概算額)	円		その他 (現金・負債を含む)	(現金)		※500,000円 ※内容を記入してください。				

ご本人が受給されている  
・課税年金収入  
・非課税年金収入(遺族年金・障害年金)  
・年金以外の所得  
の年間合計額について、いずれか該当する項目の一つにをつけてください。

受給している非課税年金にをつけてください

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

申請者氏名	所沢 次郎	連絡先(自宅・勤務先)	04-2999-4567
申請者住所	〒359-1100 所沢市〇〇町1-2-3	本人との関係	長男

現金(タンス預金)がある場合は、「その他(負債等)額」の欄にご記入ください。

注意事項

- 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。
- 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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

裏面も必ずご記入ください

## 同意書

(宛先) 所沢市長

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。）に被保険者本人及び配偶者（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、所沢市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、被保険者本人及び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6年 4月 1日

被保険者本人または代理の方が署名してください。

<被保険者本人>

住所 所沢市並木1-1-1

氏名 所沢 花子

<配偶者>

住所 所沢市並木1-1-1

氏名 所沢 一郎

後見人が申請する場合、住所は、後見人の住所、氏名は、「〇〇 〇〇(被保険者氏名) 後見人〇〇 〇〇(後見人氏名)」と記入し、登記事項証明書の写しを添付してください。