

認定要件の確認	本人及び世帯員の市町村民税の課税状況	☐ 1：本人（被保険者）が生活保護受給者／ 2：市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人が老齢福祉年金受給者 ☐ 3：市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の課税年金収入額と遺族年金（※）・障害年金の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80 万円以下 ※ 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。以下同じ。 ☒ 4：市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の課税年金収入額と遺族年金（※）・障害年金の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80 万円を超え、120 万円以下 ☐ 5：市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の課税年金収入額と遺族年金（※）・障害年金の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 120 万円を超える	
	本人及び配偶者の預貯金額	☒ 預貯金、有価証券等の金額の合計が 2 の方は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）、3 の方は 650 万円（同 1,650 万円）、4 の方は 550 万円（同 1,550 万円）以下、5 の方は 500 万円（同 1,500 万円）以下 介護保険の被保険者番号をご記入ください（以下）の場合 個人番号が分からない等、記入できない場合は記入不要です。	

被保険者の情報	被保険者番号	0	1	0	1	2	3	4	5	6	7	個人番号		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	9	
	フリガナ	トウガネ イチロウ											生年 月日	明・大・昭												
	被保険者氏名	東金 一郎												20 年 1 月 1 日												
	住所	郵便番号	283-0000																							
		東金市〇〇100 番地 1																								
	電話番号	090-0123-4567																								
	被保険者が現在受けているサービス	☒ 介護保険施設に入所（院）している ☐ 介護保険施設に入所（院）予定 ☐ ショートステイ																								
	入所（院）している介護保険施設の名称	特別養護老人ホーム〇〇〇																								
	介護保険施設の所在地	郵便番号	283-1111																							
東金市△△111 番地 1																										
入所（院）年月日	令和 3 年 1 月 1 日																									

提出代行者の情報	提出代行者の氏名	東金 二郎											被保険者との関係		長男											
	事業所の名称												事業所の種別													
	事業所の住所	郵便番号	283-2222																							
		東金市□□222 番地 2																								
事業所の電話番号	090-9876-5432																									

代理の方が申請する場合はご記入ください

配偶者の情報	配偶者の有無	有・無			
	個人番号				配偶者がいない場合は「無」に○
	フリガナ	トウガネ ハナコ			生年月日
	配偶者の氏名	東金 花子			
	配偶者の現住所	郵便番号	283-0000		
		東金市〇〇100 番地 1			
配偶者の本年 1 月 1 日現在の住所 (現住所と異なる場合)	郵便番号				

預貯金等の情報	本人及び世帯全員の市町村民税の課税状況	非課税	
	配偶者の市町村民税の課税状況	非課税	
	本人の基礎年金番号	1234-567899	
	年金の種類	【遺族年金・障害年金】	
	本人の 1 年間の年金収入額	1,150,000	
	本人の預貯金、有価証券等及びその他（負債等）の金額	預貯金額	3,150,120
		有価証券評価概算額	0
		その他（負債等）額	0
	配偶者の預貯金、有価証券等及びその他（負債等）の金額	預貯金額	1,225,670
		有価証券評価概算額	0
その他（負債等）額		0	

非課税年金を受給している場合はご記入ください

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、複数所有している場合はその全ての額を記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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 項の規定により、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。

(宛先) 東金市長

介護保険負担限度額認定のため、(以下「銀行等」という。)に提出することと同意します。

また、東金市長の報告要求に併せて同意します。

令和〇年〇月〇日

(申請者)

住 所 東金市〇〇100 番地 1

氏 名 東金 一郎

(配偶者 (内縁関係の者を含む。))

住 所 東金市〇〇100 番地 1

氏 名 東金 花子

○通帳のコピー (定期預金等含む) は本人と配偶者の両名のものがが必要です。
(配偶者がいない場合は本人のみ)

○一人で複数の通帳 (口座) をお持ちの場合は全ての通帳のコピーが必要です。

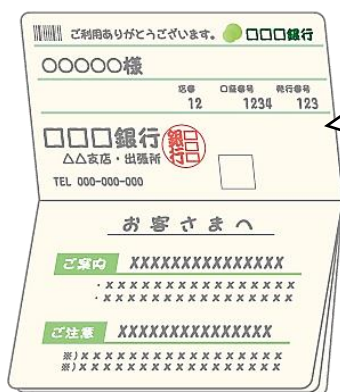
○口座名義人等が分かるページ (見開きのページ) と直近の残高の金額が分かるページ (年金受取口座については、直近の年金の振込が確認できるように) をそれぞれコピーして添付してください。

○通帳は直近の残高が分かるよう記帳したうえでコピーしてください。

提出代行者ではなく「本人」及び「配偶者」の住所・氏名を記入

1.通帳写しの添付例

① 通帳の表面をめくって 内側 見開きページ



口座名義や預金
種目等が分かる
ように

② 口座の最終残高がわかるページ

〇月×日	〇,〇〇〇円
〇月×日	〇,〇〇〇円

申請日の直近の残高が分かる
ように

③ 年金受給者は年金振込のわかるページ

△月15日	年金(ネンキ)	〇,〇〇〇円
-------	---------	--------

申請日の直近偶数月15日頃の
年金の振込記録が分かるように

④ 定期預金・貯蓄預金の記録がわかるページ

〇月×日	定期・貯蓄	満期振替済	〇,〇〇〇円
〇月×日	定期・貯蓄		〇,〇〇〇円
〇月×日	定期・貯蓄		〇,〇〇〇円

- 通帳の①～④のページのコピーを添付してください。
- 通帳のコピー（定期預金等含む）は、本人と配偶者（内縁含む）の両名のものがが必要です。（配偶者がいない場合は本人のみ）
- 一人で複数の通帳（口座）をお持ちの場合は、全ての通帳のコピーが必要です。
- 通帳は直近の残高が分かるよう記帳したうえでコピーしてください。