別記様式第２５号

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号	０６２０８３
被保険者氏名		被保険者番号	
性別	男・女	個人番号	
生年月日	明・大・昭　年　月　日		
住所	電話番号		
介護保険施設の所在地及び名称	電話番号		
入所(院)年月日	平成・令和　年　月　日		
配偶者の有無	有・無	課税状況	市民税　課税・非課税
配偶者に関する事項 フリガナ		生年月日	明・大・昭・平　年　月　日
配偶者に関する事項 氏名			
配偶者に関する事項 住所	電話番号		
配偶者に関する事項 本年１月１日現在の住所			※現住所と同じ場合は記入不要

収入・預貯金等に関する申告		
①	□ 生活保護受給者 ／ 市民税世帯非課税で老齢福祉年金受給者	□ 預貯金等の合計が1,000万（夫婦なら2,000万）以下
②	□ 市民税世帯非課税者であり、課税年金収入額と合計所得額と【遺族年金・障害年金】の合計額が年額80万円以下	□ 預貯金等の合計が650万（夫婦なら1,650万）以下
③Ⅰ	□ 市民税世帯非課税者であり、課税年金収入額と合計所得額と【遺族年金・障害年金】の合計額年額80万円以上120万円以下	□ 預貯金等の合計が550万（夫婦なら1,550万）以下
③Ⅱ	□ 市民税世帯非課税者であり、課税年金収入額と合計所得額と【遺族年金・障害年金】の合計額が年額120万円以上	□ 預貯金等の合計が500万（夫婦なら1,500万）以下

※遺族年金には寡婦年金、寡夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。

受給している年金の保険者　□ 日本年金機構　□ 地方公務員共済　□ 国家公務員共済　□ 私学共済

※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりです。

預貯金額	円	有価証券（評価概算額）	円	その他（現金等）	円

村山市長　あて　　令和　年　月　日

上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。

※申請者が被保険者本人の場合、住所・電話番号は記入不要

申請者　住所

氏名　　電話番号

村山市長　あて　　令和　年　月　日

同意書

以下について同意します。

1．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。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。）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閲覧及び報告を求めること。また、村山市長の報告要求に対し、銀行等に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ること。

2．減免措置を円滑に行うため、本申請に基づく負担限度額認定結果について、関係する介護保険施設に提示すること。

被保険者　住所

氏名　㊞

配偶者　住所

氏名　㊞

市記入欄	氏名	課税年金収入額	合計所得額	非課税年金有無	段階	備考
				無・有（　　）		