第１７号様式（第２８条関係）

介護保険負担限度額認定申請書(食費・居住費の軽減)

越谷市長　宛

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。　　年　月　日

被保険者	フリガナ		被保険者番号	
	被保険者氏名		個人番号	＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊
			生年月日	年　月　日　性別
	住所		電話番号	
	利用サービス	□ 特別養護老人ホーム □ 介護老人保健施設 □ 介護療養型医療施設 □ 介護医療院 □ 地域密着型特別養護老人ホーム □ その他		
	介護保険施設の名称及び所在地(注1)	名称 所在地	入所(院)年月日(注2)	年　月　日

注1、2　利用サービス欄のチェックが「その他」の場合には、記入は不要です。

配偶者(注3)	申請日時点の配偶者の有無	□ 有 □ 無(「無」にチェックした場合は、配偶者欄の記入は不要です。)		
	フリガナ		個人番号	＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊
	配偶者氏名		生年月日	年　月　日
	住所	□ 被保険者と同じ(異なる場合は住所を記載してください。)	電話番号	
	年1月1日時点の住所	□ 越谷市　□ その他(　都・道・府・県　市・区・町・村)		
	年度 市区町村民税課税状況	□ 課税　□ 非課税		

注3　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。

収入等	申請事由	□ ①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	
		□ ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金(注4)・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	受給している全ての年金の保険者に○をしてください。 日本年金機構　地方公務員共済 国家公務員共済　私学共済
		□ ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金(注4)・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って、課税年金収入額と【遺族年金(注4)・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	
	預貯金、有価証券等の金額の合計額 ※通帳等の写しは別添(注５)	□ ②の方:1000万円(夫婦は2000万円)、③の方:650万円(同1650万円)、④の方:550万円(同1550万円)、⑤の方:500万円（同1500万円）以下 ※第２号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方:1000万円(夫婦は2000万円)以下	
		預貯金額　円	有価証券(評価概算額)　円　その他(現金・負債を含む)　円

注4　寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。

注5　預貯金等を複数有する場合は、その全ての通帳等の写しを添付してください。

同意欄

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、銀行、信託会社その他の機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者の課税状況並びに保有する預貯金及び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、越谷市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年　月　日　　(配偶者欄)

住所　　住所

本人氏名　　配偶者氏名

申請者	□ 被保険者と同じ(異なる場合は申請者欄を記入してください。)　□ 配偶者と同じ(異なる場合は申請者欄を記入してください。)			
	申請者氏名		本人との関係	□ 子 □ その他(　)
	住所		電話番号	

備考　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。

第１７号様式（第２８条関係）

記入例

介護保険負担限度額認定申請書（食費・居住費の軽減）

越谷市長　宛

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。　令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者	フリガナ	カイホ　タロウ	被保険者番号	0 0 0 9 9 9 9 9 9 9	
	被保険者氏名	介保　太郎	個人番号	＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊	
			生年月日	昭和〇年〇月〇日	性別　男
	住所	埼玉県越谷市越ヶ谷4-2-1	電話番号	048-964-〇〇〇〇	
	利用サービス	☑ 特別養護老人ホーム　☐ 介護老人保健施設　☐ 介護療養型医療施設 ☐ 介護医療院　☐ 地域密着型特別養護老人ホーム　☐ その他			
	介護保険施設の名称及び所在地（注1）	名称　特別養護老人ホーム　こしがや 所在地　埼玉県越谷市越ヶ谷4-2-1	入所（院）年月日（注2）	令和〇〇年〇〇月〇〇日	

注1、2　利用サービス欄のチェックが「その他」の場合には、記入は不要です。

配偶者（注３）	申請日時点の配偶者の有無	☑ 有 ☐ 無（「無」にチェックした場合は、配偶者欄の記入は不要です。）		
	フリガナ	カイホ　ハナコ	個人番号	＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊
	配偶者氏名	介保　花子	生年月日	昭和〇年〇月〇日
	住所	☑ 被保険者と同じ（異なる場合は住所を記載してください。）	電話番号	048-964-〇〇〇〇
	〇年1月1日時点の住所	☑ 越谷市　☐ その他（　　都・道・府・県　　市・区・町・村）		
	〇年度市区町村民税課税状況	☐ 課税　☑ 非課税		

注3　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。

収入等	申請事由	☐ ①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 ☐ ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金（注4）・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 ☐ ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金（注4）・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って、課税年金収入額と【遺族年金（注4）・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	受給している全ての年金の保険者に〇をしてください。 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、有価証券等の金額の合計額 ※通帳等の写しは別添（注５）	☑ ②の方：1000万円（夫婦は2000万円）、③の方：650万円（同1650万円）、④の方：550万円（同1550万円）、⑤の方：500万円（同1500万円）以下 ※第２号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方：1000万円（夫婦は2000万円）以下					
		預貯金額	560万円	有価証券（評価概算額）	0円	その他（現金・負債を含む）	10万円

注4　寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。
注5　預貯金等を複数有する場合は、その全ての通帳等の写しを添付してください。

同意欄

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、銀行、信託会社その他の機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者の課税状況並びに保有する預貯金及び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、越谷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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所	埼玉県越谷市越ヶ谷4-2-1	（配偶者欄）住所	埼玉県越谷市越ヶ谷4-2-1
本人氏名	介保　太郎	配偶者氏名	介保　花子

申請者	☐ 被保険者と同じ（異なる場合は申請者欄を記入してください。）　☐ 配偶者と同じ（異なる場合は申請者欄を記入してください。）			
	申請者氏名	介保　一郎	本人との関係	☑ 子 ☐ その他（　　）
	住所	埼玉県越谷市川柳町2-507-1	電話番号	090-1234-〇〇〇〇

備考　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。