

# 介護保険負担限度額認定証の申請をされる方へ

- 1 提出先 (郵送可) 〒356-8501  
ふじみ野市福岡一丁目1番1号  
ふじみ野市役所福祉部高齢福祉課介護保険係 宛て  
(申請された月の初日から有効な認定証を交付できますが、お早めに申請してください。)
  
- 2 提出書類
  - ①介護保険負担限度額認定申請書
  - ②同意書 (介護保険負担限度額認定申請書うら面)
  - ③預貯金等申告書
  - ④本人及び配偶者の通帳等の写し
  - ⑤配偶者の当該年度の市民税・県民税非課税証明書 (配偶者がふじみ野市外に住所を有する場合のみ)

※生活保護受給者の方は①のみを提出してください。

※「申告が必要な預貯金等と提出書類」を必ず確認してください

※提出書類が不足または未記入の項目がある場合、決定までに時間がかかりますので御注意ください。

ふじみ野市福祉部高齢福祉課介護保険係  
電話 049-262-9037

## 申告が必要な預貯金等と提出書類

預貯金等と確認事項	提出いただく書類
1 預貯金等 (普通・定期)	①表紙を開いた1ページ目のコピー(表紙うらの見開き) ②残高と取引内容履歴(直近2か月)のコピー ③定期・定額・貯蓄預金のページのコピー ※詳細は別紙「コピーの例」を参照
2 有価証券 (株式・国債・地方債・社債など)	①証券会社や銀行の口座残高のコピー ※ウェブサイトの写しも可
3 金・銀 (積立購入を含む) など購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属	①購入先の銀行等の口座残高のコピー ※ウェブサイトの写しも可
4 投資信託	①銀行・信託銀行・証券会社等の取引明細書等のコピー ※ウェブサイトの写しも可
5 タンス預金 (現金)	自己申告
6 負債 (借入金・住宅ローン等)	貸借契約書等のコピー ※価格評価後、預貯金等の額から差し引きます
7 その他 (出資金等)	信用金庫や農協の出資金がある場合は出資金がわかるもののコピー ※出資配当金の通知等

○生命保険、自動車、絵画、骨とう品、家財、時価評価の把握が困難な貴金属は預貯金等の対象外です。

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

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			被保険者番号	
被保険者氏名			個人番号	
生年月日	年	月	日	
住所	〒		連絡先	
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒		連絡先	
入所(院)年月日(※)	年	月	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。

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。		
配偶者に関する事項	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	住所	〒		連絡先
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒		
	課税状況	市町村民税	課税 ・ 非課税	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	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			
	<input type="checkbox"/>	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※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 <small>(受給している年金に〇してください。以下同じ。) ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。</small>			
	<input type="checkbox"/>	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※・障害年金】収入額、その他合計所得金額の合計額が、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であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他合計所得金額の合計額が、年額120万円を超えます。			
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(夫婦は1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③~⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)です。			
	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 ※内容を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

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所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入し、又は別紙に記入の上添付してください。
- 虚偽の申請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。
- 生活保護被保護者の方は「配偶者の有無」、「配偶者に関する事項」、「預貯金等に関する申告」、「同意書」の欄を記入していただく必要はありません。また、添付書類も不要です。

## 同 意 書

(宛先) ふじみ野市長 宛て

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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

年        月        日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

### 市 記入欄

確 認	備 考																						
<input type="checkbox"/> 申請書（未記入、遺族年金・障害年金の確認） <input type="checkbox"/> 同意書（未記入の確認含む） <input type="checkbox"/> 預貯金等申告書（未記入の確認含む） <input type="checkbox"/> 通帳等の写し（収入等申告書記載分全て） <input type="checkbox"/> 非課税証明（他市に居住している配偶者のみ）	<table style="width: 100%;"><tr><td>【当月転入】</td><td style="text-align: right;">該当・非該当</td></tr><tr><td>【生活保護】</td><td style="text-align: right;">該当・非該当</td></tr><tr><td>【市町村民税】</td><td style="text-align: right;">課税・非課税</td></tr><tr><td>【非課税年金】</td><td style="text-align: right;">有・無</td></tr><tr><td colspan="2">(合計所得金額+課税年金収入額 +非課税年金収入額=_____円)</td></tr><tr><td>【高齢福祉年金】</td><td style="text-align: right;">該当・非該当</td></tr><tr><td>【利用者負担段階】</td><td style="text-align: right;">第__段階</td></tr><tr><td>【他市配偶者市町村民税】</td><td style="text-align: right;">課税・非課税</td></tr><tr><td>【資産】</td><td style="text-align: right;">範囲内・超過</td></tr><tr><td>【食費】</td><td style="text-align: right;">_____円</td></tr><tr><td>【その他】</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr></table>	【当月転入】	該当・非該当	【生活保護】	該当・非該当	【市町村民税】	課税・非課税	【非課税年金】	有・無	(合計所得金額+課税年金収入額 +非課税年金収入額=_____円)		【高齢福祉年金】	該当・非該当	【利用者負担段階】	第__段階	【他市配偶者市町村民税】	課税・非課税	【資産】	範囲内・超過	【食費】	_____円	【その他】	_____
【当月転入】	該当・非該当																						
【生活保護】	該当・非該当																						
【市町村民税】	課税・非課税																						
【非課税年金】	有・無																						
(合計所得金額+課税年金収入額 +非課税年金収入額=_____円)																							
【高齢福祉年金】	該当・非該当																						
【利用者負担段階】	第__段階																						
【他市配偶者市町村民税】	課税・非課税																						
【資産】	範囲内・超過																						
【食費】	_____円																						
【その他】	_____																						
決定	適用期間																						
承認・却下	年        月        日 ～        年        月        日																						

# 預貯金等に関する申告書

## 1 被保険者の預貯金等状況

区分	有無	内 容	
預貯金	<input type="checkbox"/> 有	預 貯 金 先	預貯金額
		金融機関名・支店名・科目・口座番号	
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円
有価証券	<input type="checkbox"/> 有	種 類	評価概算額
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円
その他 (現金)	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		円

## 2 配偶者の預貯金等状況

区分	有無	内 容	
預貯金	<input type="checkbox"/> 有	預 貯 金 先	預貯金額
		金融機関名・支店名・科目・口座番号	
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円
有価証券	<input type="checkbox"/> 有	種 類	評価概算額
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円
その他 (現金)	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		円

注1) 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。書き切れない場合は、別紙に記入の上添付してください。

注2) 預貯金額等については、金融機関等に照会することがあります。

注3) 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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

# 預貯金等に関する申告書

## 1 被保険者の預貯金等状況

区分	有無	内 容	
預貯金	<input type="checkbox"/> 有	預 貯 金 先	預貯金額
		金融機関名・支店名・科目・口座番号	
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円
有価証券	<input type="checkbox"/> 有	種 類	評価概算額
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円
その他 (現金)	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		円

## 2 配偶者の預貯金等状況

区分	有無	内 容	
預貯金	<input type="checkbox"/> 有	預 貯 金 先	預貯金額
		金融機関名・支店名・科目・口座番号	
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円
有価証券	<input type="checkbox"/> 有	種 類	評価概算額
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円
その他 (現金)	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		円

注1) 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。書き切れない場合は、別紙に記入の上添付してください。

注2) 預貯金額等については、金融機関等に照会することがあります。

注3) 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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

# 通帳コピーの見本

< 本人 と 配偶者 がお持ちの全ての普通・定期預金口座が提出の対象です。 >

①表紙を開いた1ページ目のコピー(表紙うらの見開き)  
 ※銀行名、支店名、口座番号、口座名義人、契約状況を確認します。

**普通預金**

おなまえ  
ふじみ野 花子 様

店番 ○○○  
 口座番号  
 普通預金 ○○○○○○  
 定期預金 ◇◇◇◇◇◇

○○○○銀行  
 △△支店

---

(ご契約内容) **定期預金(貯蓄預金、定額貯金含む)に番号が付番されている場合、それらの明細がわかるページのコピーもご提出ください。**

(総合口座のご契約内容) **※既に解約している場合は、窓口で解約したことがわかるページをお見せいただくか、コピーの添付をお願いします。複数ページにまたがる場合は、最初のページからのコピーが必要です。**

②直近2か月の履歴と最終残高が分かるページ  
 ※年金振込額等、内容を確認します。

**普通預金 5**

年	月	日	取引内容	お支払金額	お預り金額	残高	
1	2023	04	21	シセツヒヨウ	100,000		500,000
2	2023	04	30	デンキダイ	2,000		498,000
3	2023	05	09	フジミシヨウレイフクシ		5,000	503,000
4	2023	05	21	シセツヒヨウ	100,000		403,000
5	2023	05	27	ATM			393,000
6	2023	05	31	ソウキ			413,000
7	2023	05	31	デンキ			410,000
8	2023	06	01	ソウキ			400,000
9	2023	06	09	フジミシヨウレイフクシ		5,000	405,000
10	2023	06	15	ネンキン		150,000	555,000
-----							
11	2023	06	17	ATM	10,000		545,000
12	2023	06	21	シセツヒヨウ	100,000		445,000
13	2023	06	30	ハイウキン		350	445,350
14	2023	07	02	ATM	10,000		435,350
15	2023	07	09	フジミシヨウレイフクシ		4,000	439,350
16	2023	07	15	テイキリソク		1,000	440,350
17	2023	07	31	デンキ	4,000		436,350
18							
19							
20							
21							
22							

直近2か月以上の履歴  
 ※市で年金振込額を確認します。

※明細に「テイキリソク」や「ハイウキン」の履歴がある場合は、現在も株や定期預金を契約している可能性が高いため確認してください。

③定期預金  
 ※解約済の場合は解約したことが分かるページのコピーを提出ください

**定期預金 1**

**定期預金明細**

お預り年月日	利率	お預り金額	払い戻し金額
1	20180401 ○%	1,000,000	
お支払年月日		お支払金額	
20230501		1,000,000	
2	20190401 ○%	2,000,000	
お支払年月日		お支払金額	
-----		-----	
3	お預り年月日 利率	お預り金額 払い戻し金額	
お支払年月日		お支払金額	
-----		-----	
4	お預り年月日 利率	お預り金額 払い戻し金額	
お支払年月日		お支払金額	

## ～ご提出前のチェックリスト～

- 申請書・同意書について
  - 申請者氏名・住所・連絡先の記入はありますか？
  - うち面の同意欄には、被保険者本人と配偶者の住所・氏名・日付の記入はありますか？
- 預貯金等の申告書・添付書類について
  - 被保険者本人と配偶者の全ての口座の通帳コピーはありますか？
  - 通帳の履歴は申請直前に直近の記帳になっていますか？
  - 通帳のコピーは2か月分ありますか？
  - 年金を受給している場合、年金の振込履歴はありますか？
  - 定期預金を契約している場合、定期預金の明細ページのコピーはありますか？
  - 「出資金」がある場合、出資金額がわかる書類のコピー(出資証券等)はありますか？
  - 「投資信託」がある場合、口座残高や資産残高報告書等のコピーはありますか？
  - 「有価証券(株式)」がある場合、申請時点での評価額がわかる書類のコピーはありますか？

不備があると決定までにお時間がかかる要因となります。十分ご注意ください。

※虚偽の申告に基づき軽減を受けた場合は、軽減された額の返還に加えて最大2倍の加算金の納付を求められることがあります。申請内容に間違いがないか十分に確認してからご提出ください。

