

介護保険負担限度額認定申請書

(宛先) 港区長 年 月 日

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<br>被保険者氏名<br>(申請者) |                            | 保険者番号                                                                                             |                                                                                       |                                           |                 |          |         |  | 1                  | 3        | 1       | 0 | 3 | 7                                                                      |
|                         |                            | 被保険者番号                                                                                            |                                                                                       |                                           |                 |          |         |  |                    |          |         |   |   |                                                                        |
| 生年月日                    |                            | 年 月 日                                                                                             |                                                                                       | 個人番号                                      |                 |          |         |  |                    |          |         |   |   |                                                                        |
| 住 所                     |                            | 〒 電話番号 ( )                                                                                        |                                                                                       |                                           |                 |          |         |  |                    |          |         |   |   |                                                                        |
| 利用するサービス                |                            | (該当する番号に○を付けてください。)<br>1 特別養護老人ホーム    2 介護老人保健施設    3 介護医療院    4 地域密着型介護老人福祉施設<br>5 その他（ショートステイ等） |                                                                                       |                                           |                 |          |         |  |                    |          |         |   |   |                                                                        |
| 施設<br>(※)<br>介護<br>保険   | 施設名                        |                                                                                                   |                                                                                       |                                           |                 |          |         |  |                    |          |         |   |   |                                                                        |
|                         | 所在地                        | 〒 電話番号 ( )                                                                                        |                                                                                       |                                           |                 |          |         |  |                    |          |         |   |   |                                                                        |
| 入所(院)年月日(※)             |                            | 年 月 日 (※)は、介護保険施設に入所(院)していない場合は、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、記入不要です。 |                 |          |         |  |                    |          |         |   |   |                                                                        |
| 配偶者に関する事項               | フリガナ<br>配偶者氏名              |                                                                                                   |                                                                                       |                                           |                 |          |         |  |                    |          |         |   |   |                                                                        |
|                         | 生 年 月 日                    |                                                                                                   | 年 月 日                                                                                 |                                           |                 |          |         |  |                    |          |         |   |   |                                                                        |
|                         | 住 所                        |                                                                                                   | 〒 電話番号 ( )                                                                            |                                           |                 |          |         |  |                    |          |         |   |   |                                                                        |
|                         | 本年1月1日現在の住所<br>(現住所と異なる場合) |                                                                                                   | 〒                                                                                     |                                           |                 |          |         |  |                    |          |         |   |   |                                                                        |
|                         | 課税状況 (住民税)                 |                                                                                                   | 課税 ・ 非課税                                                                              |                                           |                 |          |         |  |                    |          |         |   |   |                                                                        |
| 収入、<br>預貯金等に関する申告       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> 生活保護受給者又は区市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者                                         |                                                                                       |                                           |                 |          |         |  |                    |          |         |   |   | 受給している全ての年金の保険者に○をつけてください。<br><br>日本年金機構<br>地方公務員共済<br>国家公務員共済<br>私学共済 |
|                         | <input type="checkbox"/>   | 町<br>村<br>民<br>税<br>世<br>帯<br>全<br>員<br>が<br>区<br>市<br>非<br>課<br>税                                | 課税年金収入額、合計所得金額及び非課税年金収入額の合計額が82.65万円以下であって、預貯金、有価証券等の金額の合計額が650万円（夫婦で1,650万円）以下       |                                           |                 |          |         |  |                    |          |         |   |   |                                                                        |
|                         | <input type="checkbox"/>   |                                                                                                   | 課税年金収入額、合計所得金額及び非課税年金収入額の合計額が82.65万円超120万円以下であって、預貯金、有価証券等の金額の合計額が550万円（夫婦で1,550万円）以下 |                                           |                 |          |         |  |                    |          |         |   |   |                                                                        |
|                         | <input type="checkbox"/>   |                                                                                                   | 課税年金収入額、合計所得金額及び非課税年金収入額の合計額が120万円超であって、預貯金、有価証券等の金額の合計額が500万円（夫婦で1,500万円）以下          |                                           |                 |          |         |  |                    |          |         |   |   |                                                                        |
|                         | 預貯金額                       |                                                                                                   | 本人<br>円                                                                               |                                           | 有価証券<br>(評価概算額) |          | 本人<br>円 |  | その他<br>(現金・負債を含む。) |          | 本人<br>円 |   |   |                                                                        |
|                         |                            | 配偶者<br>円                                                                                          |                                                                                       |                                           |                 | 配偶者<br>円 |         |  |                    | 配偶者<br>円 |         |   |   |                                                                        |

申請者が被保険者本人の場合は、以下について記入不要です。

|       |             |
|-------|-------------|
| 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>
- (1) 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。
  - (2) 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。
  - (3) 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。
  - (4) 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。

裏面も御記入ください。

## 同 意 書

(宛先) 港区長

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 \_\_\_\_\_