

介護保険負担限度額認定申請書

港区長あて 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 被保険者氏名 (申請者)		ミナト タロウ 港 太郎		保険者番号		1		3		1		0		3		7													
				被保険者番号		0		1		2		3		4		5		6											
生年月日		〇〇年 〇〇月 〇〇日生		個人番号		0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		0		1	
住 所		〒 105-8511		入所している(予定)施設に 〇をつけてください。		電話番号		03		(3578)		2111																	
利用するサービス		(該当する番号)		① 特別養護老人ホーム等介護老人保健施設 ③ 介護医療院 ④ 地域密着型介護老人福祉施設 ⑤ その他(ショートステイ等)																									
施設 (※) 介護 保険	施設名	特別養護老人ホーム〇〇																											
	所在地	〒 105-0004 港区新橋〇-〇-〇		電話番号		〇〇		(〇〇〇〇)		〇〇〇〇																			
入所(院)年月日(※)		〇〇年 〇〇月 〇〇日		(※)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 配偶者氏名	配偶者を「有」に〇をした場合には必ずご記入ください。 別世帯でも配偶者がいる場合には記入が必要です。																											
	生年月日																												
	住 所																												
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)																												
	課税状況 (住民税)	☐ 課税 ☒ 非課税																											
収入、預貯金等に関する申告	☐ 生活保護受給者/区市町村民 額の合計額が1,000万円以下	受給者であって、預貯金、有価証券等の金																											
	☒ 町 世帯 村民 全員が区市 民税 非課税	課税年金収入額、合計所得金額、非課税年金収入額の合計額が82.65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																											
	☐	課税年金収入額、合計所得金額、非課税年金収入額の合計額が82.65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																											
	☐	課税年金収入額、合計所得金額、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																											
	※第2号被保険者の場合、預貯金等の要件は一律1,000万円(夫婦で2,000万円)以下です。																												
預貯金額		本人 円		有価証券 (評価概算額)		本人 円		その他 (現金・負債を含む。)		本人 円																			
		配偶者 円		配偶者 円		配偶者 円		配偶者 円																					

申請者が被保険者

申請者氏名

申請者住所

預貯金額等の確認のために通帳等の写しが
必要です。申請日の直近2か月以内の最終残
高の分かるページと銀行名、支店名、口座番
号、名義人が分かるページのコピーを添付し
てください。

<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
- (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、
- (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。
- 確認事項がある場合に連絡させてい
ただきます。日中連絡のとれる連絡先
をご記入ください。

裏面もご記入ください。

同意書

港区長宛

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

ご本人様の住所、氏名を記入してください。

自署または記名押印し
てください。

住所

氏名

配偶者

配偶者がいる場合は、配偶者様の住所、
氏名を記入してください。

自署または記名押印し
てください。

住所

氏名