

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

令和 年 月 日

文京区長 殿

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			被保険者番号												
生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日	個人番号										
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、 記入不要です。										
配偶者に関する事項	フリガナ												
	氏 名												
	生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日	個人番号							
	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	住民税		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住民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者									
	<input type="checkbox"/>	③住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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に〇をしてください。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。									
	<input type="checkbox"/>	④住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】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、120万円以下です。									
	<input type="checkbox"/>	⑤住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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。									
預貯金等に関する申告 ※通帳の写しは別添	<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500万円(同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)以下です。									
	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。				

◎裏面(同意書)も必ずご記入ください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

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保有している場合は、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、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。
- 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項の規定により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。