別記様式第３０号（第２７条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

令和　　年　　月　　日

（申請先）

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		被保険者番号	
被保険者氏名			
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	□	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
	□	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82万6,500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。
	□	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82万6,500円を超え、120万円以下**です。
	□	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	□	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）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1,000万円（夫婦は2,000万円）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。

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。

◎裏面（同意書）も必ずご記入ください。

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

⑴　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。

⑵　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。

⑶　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。

⑷　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。

同　意　書

文京区長　殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、貴殿が官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に対し、私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）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、報告を求めることに同意します。

また、貴殿の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の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　　年　　月　　日

＜本人＞

住所

氏名

（署名または記名・押印）

＜配偶者＞

住所

氏名

（署名または記名・押印）