

介護保険負担限度額認定申請書

7年度

令和7年5月30日

江戸川区長 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。

申請書を記入した日

フリガナ	エドガワ ハナコ	被保険者番号	0000123456
被保険者氏名	江戸川 花子	個人番号	000000000000
生年月日	明・大 昭 11年1月1日	連絡先電話番号を記入	
住 所	江戸川区 中央 1-4-1	連絡先	03-1234-5678
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	介護保険施設に入所（院）している方は こちらの欄に記入してください		
入所（院）年月日（※）	昭・平・	場合及び ジョイントケアを利用している場合は、記入不要です。	

配偶者の有無	有	無	配偶者がいない方は 必ず「無」に○してください
フリガナ	エドガワ タロウ	配偶者の マイナンバーを記入	
氏 名	江戸川 太郎		
生年月日	明・大 昭 12年2月2日	個人番号	111111111111
住 所	江戸川区 中央 1-4-1	連絡先	03-1234-5678
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	配偶者の現住所が 令和7年1月1日現在 の住所と異なる場合は こちらの欄に記入してください		
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高齢福祉年金受給者	収入額の合計額が年額80.9万円以下です。 課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額80.9万円以下です。				
	☐ ③課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額80.9万円以下です。					
預貯金等に関する申告	☐ ④預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1650万円、④の方は550万円（同1550万円）以下の場合、第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりに提出してください。	令和6年1月～12月の間に非課税年金を受給していた方は、□にレ点チェックをつけ、該当の年金に○をつけてください ※恩給は対象外ですので、チェックはつけません				
	☒ ⑤住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額80.9万円以下です。					
	預貯金額	550.150円	有価証券（評価概算額）	500.000円	その他（現金・負債を含む）	（現金）※ 300.000円 ※内容を記入してください。

申請者氏名	申請者が被保険者本人の場合は、下記について記載は不要です。	連絡先（自宅・勤務先）	
申請者住所	申請者が被保険者本人以外の場合は こちらの欄に記入してください	本人の署名	

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等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が支給された額及び最大2倍の加算が課税されます。

<例>

花子（本人） A 銀行 残高 250,150円
太郎（夫） B 銀行 残高 250,000円
太郎（夫） C 銀行 残高 50,000円 の場合

申請書に記入する額は、次のとおりです

$$250,150円 + 250,000円 + 50,000円 = 550,150円$$

裏面もご覧ください

区記入欄	入番なし	介護保険証	介護保険証
		負担割合証	他（ ）
		他（ ）	
承認	非承認	決定年月日	年 月 日