

介護保険負担限度額認定申請書

7年度
年 月 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。

フリガナ											被保険者番号										
被保険者氏名											個人番号										
生年月日	明・大・昭 年 月 日																				
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 （※）	昭・平・令 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、記載不要です。										
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、課税年金収入額とその他の合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額80.7万円以下です。																		
	☐	④住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額80.7万円を超え、120万円以下です。																		
	☐	⑤住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額120万円を超えます。																		
	☐	非課税年金【遺族年金※・障害年金】を受給しています。 (受給している年金に○してください。)																		
預貯金等に関する申告	☐	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の方は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、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり																		
	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、下記について記載は不要です。

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
- (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、そのすべてを記入し、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には、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。

区記入欄	☐ 個提人供番なし	番号確認	身元確認	代理権確認
		☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 介護保険証 ☐ 負担割合証 ☐ 他 ()	☐ 登記事項証明書 ☐ 委任状 ☐ 介護保険証 ☐ 他 ()
		承認 ・ 非承認	決定年月日	年 月 日