

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。	
	☐ 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が年額80.9万円以下です。		
預貯金等に関する申告	☐ ④合計所得金額と非課税年金収入額の合計が年額80.9万円以下です。		
	☒ ⑤住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計が年額80.9万円以下です。		
非課税年金（遺族年金※） （受給している年金に○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	
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） 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通り			
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	

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を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 □負担割合証 □他（ ）	介護保険証 □他（ ）
承認	非承認	決定年月日	年 月 日