



## 介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ				被保険者番号										
被保険者氏名				個人番号										
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別	男・女								
介護保険施設	所在地	〒												
	名称	電話番号 ( )												
入所年月日	年			月	日									
配偶者の有無	有・無			左記において「無」の場合は、「配偶者に関する事項」については記載不要です。										
<p>荒川区長殿</p> <p>上記及び裏面記載のとおり、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。</p> <p>介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関に私及び配偶者（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照会すること、また、認定に必要な範囲において、荒川区課が区の関係部課から個人情報を確認することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>&lt;被保険者本人&gt;</p> <p style="margin-left: 40px;">住所 _____</p> <p style="margin-left: 40px;">氏名 _____ ⑩ 電話番号 ( ) _____</p> <p>&lt;配偶者&gt;</p> <p style="margin-left: 40px;">住所 _____</p> <p style="margin-left: 40px;">氏名 _____ ⑩ 電話番号 ( ) _____</p>														

<区担当者記入欄> 施設 老健 療養 ショートステイ他( )

交付年月日	〔所得分布の状況〕 第1段階（福・生） 第2段階 第3段階 その他（第4段階・	認定証 受領印	発行者	受領印
年 月 日	その他（第4段階・			
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
身分確認		個人番号カード等提示		個人番号検索同意
本人	代理人	有・無		有・無
介護保険被保険者証 医療保険被保険者証 その他( )	運転免許証 パスポート その他( )			



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
	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	区市町村民税 課税 ・ 非課税

収入等に関する申告	生活保護受給者 / 区市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	
	区市町村民税世帯非課税納税者であって、課税年金収入額と合計所得額の合計額と【遺族年金 ・ 障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に をしてください。)	
	区市町村民税世帯非課税納税者であって、課税年金収入額と合計所得額の合計額と【遺族年金 ・ 障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。 (受給している年金に をしてください。)	

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。

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1,000万円(夫婦は2,000万円)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						
	被保険者	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所有している場合は、その全てを記入してください。
- (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。