

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

荒川区長 あて

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	0	0	0										
被保険者氏名			個人番号													
生年月日	明治・大正・昭和 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（※）	所在地	〒														
	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、裏面の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。													
同意書																
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、荒川区福祉部介護保険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。																
令和 年 月 日																
(被保険者本人)																
住所 _____																
氏名 _____																
(配偶者)																
住所 _____																
氏名 _____																

<区担当者記入欄> ①施設 ②老健 ③介護医療院 ④ショートステイ

交付年月日	〔利用者負担段階〕	認定証受領印	発行者	受理印
令和 年 月 日	第1段階（福・生） 第2段階 第3段階①			
第1号 ・ 第2号	第3段階② その他（第4段階・ ）			
有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年7月31日			
本人確認書類				
本人	代理人	個人番号カード等提示	個人番号検索同意	
☐ 介護保険被保険者証 ☐ その他 ()	☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ その他 ()	有 ・ 無	有 ・ 無	

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		区市町村民税 課税 ・ 非課税									
収入等に関する申告	☐	①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										
	☐	②区市町村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80万円以下です。 ↑ (受給している年金に〇して下さい。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。										
	☐	③-1 区市町村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80万円を超え、120万円以下です。										
	☐	③-2 区市町村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。										
預貯金等に関する別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、②の方は650万円(同1,650万円)、③-1の方は550万円(同1,550万円)、③-2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、②～③-2の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。										
	被保険者	預貯金額		有価証券 (評価概算額)		その他 (現金・負債を含む)	() ※	円				
	配偶者	預貯金額		有価証券 (評価概算額)		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・携帯・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。