

# 介護保険 負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

杉並区長

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										
被保険者氏名	被保険者番号									
	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(※)	〒 _____ 施設の種類の種類									
	1. 特養 2. 老健 3. 療養 4. ショート 5. 介護医療院									
入所(院)年月日(※)	平・令	年	月	日	(※)介護保険施設に入所(院)していない場合は、記載不要です。					

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(現在の住所と異なる場合)	〒 _____							
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税								

収入及び預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者									
	<input type="checkbox"/>	市町村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【遺族年金※1・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〇して下さい)									
	<input type="checkbox"/>	※1 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。 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1650万円)以下です。									
	<input type="checkbox"/>	※2 65歳未満の場合、1000万円(夫婦は2000万円)以下です。以下同じ。 市町村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【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。(受給している年金に〇して下さい)									
	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1550万円)以下です。※2									
	<input type="checkbox"/>	市町村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【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。(受給している年金に〇して下さい)									
	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1500万円)以下です。※2									
預貯金等の金額	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	

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**

交付年月日	年 月 日	利用者負担段階			
適用年月日	年 月 日から	1. 老・生	2. 世帯非課税 年金80万円以下	3①. 世帯非課税 年金80万超120万円以下	
有効期限	年 月 日まで	3②. 世帯非課税 年金120万超	4. 世帯課税		