

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

葛飾区長あて

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）にかか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		
利用（予定）の介護保険施設の所在地、名称及び種類	施設名		
	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ）		
入所（院）年月日	昭・平・令 年 月 日	※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		

（該当する□をチェックしてください。） 収入及び預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者				
	<input type="checkbox"/>	・個人住民税世帯非課税であって、老齢福祉年金受給者である。 ・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）以下である。				
	<input type="checkbox"/>	・個人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【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下である。（受給している年金に○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。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1,650万円）以下である。				
	<input type="checkbox"/>	・個人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【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え、年額120万円以下である。（受給している年金に○してください。） ・預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下である。				
	<input type="checkbox"/>	・個人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【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えている。（受給している年金に○してください。） ・預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円（夫婦は1,500万円）以下である。				
	※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						

【この申請に関する問い合わせ先】 ※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	日中の連絡先
申請者住所	本人との関係

注意事項

- (1) この申請における「配偶者」とは、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。

	処	入	力	照	合		決	課	長	係	長	係	員
理							裁						

同意書

葛飾区長あて

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、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び私の配偶者(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、報告を求めることに同意します。

また、葛飾区長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

<成年後見人 保佐人 補助人>

※上記に当てはまる場合、「登記事項証明書」等の添付が必要となります。

住所

氏名