

記入見本

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

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        | チヨダ タロウ  |   | 被保険者番号  |     |
| 被保険者氏名      | 千代田 太郎   |   | 個人番号  |     |
| 生年月日        | 明・大・昭・平  | 年 月 日   | 性別  | 男・女 |
| 住所          | 〒102-××××<br>千代田区××××  |   | 個人番号の記入が困難な場合は、記入が無くても申請できます。個人番号欄が空欄の場合は、必要に応じて区で番号を確認致しますのでご了承願います。<br>連絡先 03-5211-4336 |     |
| 利用するサービス    | (該当する番号に○をつけてください)<br>1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. 介護療養型医療施設 4. 介護医療院 5. その他(ショートステイ) |   |   |     |
| 介護保険施設(※)   | 施設名  | 現在ご利用されているサービス、施設名のご記入をお願い致します。すでに印字されている情報に誤りがある方は、恐れ入りますが、二重線で消し(訂正印は不要です)最新の情報を、空白の箇所にご記入をお願い致します。 |   |     |
|             | 所在地  |   |   |     |
| 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使用している場合は、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。なお、配偶者には、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。 |       |            |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ        | チヨダ ハナコ  | 個人番号  |            |
|           | 氏名          | 千代田 はな子  | 課税状況  | 住民税 課税 非課税 |
|           | 生年月日        | 明・大・昭・平  | 年 月 日 |            |
|           | 住所          | 〒102-8688<br>千代田区九段南一丁目2番1号<br>(現住所と異なる場合のみ記入してください。)                        |       |            |
|           | 本年1月1日現在の住所 |  |       |            |

|               |  |   |  |   |
|---------------|--|---|--|---|
| 収入等に関する申告     | <input type="checkbox"/> ①生活保護受給者 / ②区市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者<br><input type="checkbox"/> ③区市町村民税世帯非課税者であって、公的年金等収入金額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。<br><input type="checkbox"/> ④区市町村民税世帯非課税者であって、公的年金等収入金額と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。<br><input type="checkbox"/> ⑤区市町村民税世帯非課税者であって、公的年金等収入金額と合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。 |   |  |   |
| 非課税年金受給に関する申告 | <input type="checkbox"/> 非課税年金を受給している【遺族年金・障害年金】   |   | <input type="checkbox"/> 非課税年金を受給していない |   |
| 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 ②の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下<br>③の方は650万円(同1650万円)以下<br>④の方は550万円(同1550万円)以下<br>⑤の方は500万円(同1500万円)以下<br>※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③~⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下  |   |  |   |
| ※通帳等の写しは別添    | 預貯金金額  | 円 | 有価証券(評価概算額)                            | 円 |
|               |  |   | その他(現金・負債を含む)                          | 円 |

介護保険負担限度額認定のために必要書類(被保険者又は銀行、信託会社等)に、私及び、私の配偶者等の残高について、報告を求めることに同意します。また、千代田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。

預貯金・有価証券は全ての合計金額を記入して下さい。

負債はマイナスで記入します。(記入される場合は、借用証書の写しの添付が必要です。)

押印は不要となりました。

年 月 日

被保険者本人 氏名 千代田 太郎 配偶者 氏名 千代田 はな子

※(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 被保険者本人以外が申請書を提出する場合、必ず記入してください。

申請者住所 被保険者本人との関係 ( ) 連絡先

申請書や添付書類の内容について確認させて頂く場合があります。