

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

フリガナ		チヨダ タロウ											
被保険者氏名		千代田 太郎											
生 年 月 日		明・大・昭・平						年 月 日					
住 所		〒102-×××× 千代田区××××											
利用するサービス		(該当する番号に○をつけてください) 1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. 介護医療院 4. その他(ショートステイ)											
介護保険施設 (※)	施設名	<p>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。</p>											
	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	事実婚、世帯分離している配偶者も含みます。 チヨダ ハナコ 千代田 はな子			個人番号												
	氏 名				課税状況	住民税		課税	非課税								
	生 年 月 日	明・大・昭・平			年	月	日	配偶者の方の課税状況にマルを付けて下さい。 千代田区以外の方は非課税証明を添付して下さい。									
	住 所	〒102-8688 千代田区九段南一丁目2番1号															
	本年1月1日現在の住所	(現住所と異なる場合のみ記入してください。)															

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 <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80万9千円*以下です。 <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80万9千円*を超え、120万円以下です。 <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 ※通帳等の写しは別添	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 ③の方は650万円（同 1650万円）以下 ④の方は550万円（同 1550万円）以下 ⑤の方は500万円（同 1500万円）以下 ※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	
該当する項目にチェックを入れて下さい。 該当の方は必ずチェックを入れて下さい。	<input checked="" type="checkbox"/> 上記の収入額に対応した預貯金等の額であるか確認してからチェックしてください。	非課税年金を受給されている方は年金の種類にもマルをして下さい。受給されていない方もチェックをして下さい。
	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

<p>介護保険負担限度額認定のために必要書類を提出するに当たっては、被保険者又は銀行、信託会社等（以下「金融機関」という。）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、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。</p>		<p>預貯金・有価証券は全ての合計金額を記入して下さい。</p>	<p>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。）</p>
<p>年 月 日</p>	<p>被保険者本人 氏名 千代田 太郎</p>	<p>配偶者 氏名 千代田 はな子</p>	

※裏面の注意事項もお読みください。