

介護保険負担限度額認定申請書

北区長殿

年 月 日

次の通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			
被保険者氏名			個人番号			
			性別	男 ・ 女		
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日					
住 所	〒		電話番号：			
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒		電話番号：			
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、以下の「配偶者に関する事項」については、記入不要です。				
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	〒		電話番号：		
	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。 〒				
課税状況	区市町村民税 課税 ・ 非課税					
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、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○してください。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。				
	<input type="checkbox"/>	④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。				
	<input type="checkbox"/>	⑤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。				
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/>	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)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※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)以下です。				
	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

委任状 今後の更新申請について、私は北区長を代理人として定め、申請権限を委任します。

被保険者氏名

住所 〒

※申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

申請者氏名	本人との続柄
申請者住所 〒	電話番号：

- 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。

北区記入欄

交付年月日	適用年月日	有効期限	備考
年 月 日	年 月 日	年 月 日	

同 意 書

北区長殿

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、貴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。

年 月 日

<本人>

被保険者番号

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名