

介護保険負担限度額認定申請書

3年度
令和3年5月30日

江戸川区長 殿

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

申請書を記入した日

フリガナ	エドガワ ハナコ	被保険者番号	0000123456
被保険者氏名	江戸川 花子	個人番号	0000000000
生年月日	明・大 昭 11年1月1日	性別	女
住所	江戸川区 中央 1-4-1	マイナンバーを記入	
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	介護保険施設に入所（院）している方は こちらの欄に記入してください		
入所（院）年月日（※）	昭・平・	連絡先電話番号を記入	連絡先 03-1234-5678

配偶者の有無	有	無	配偶者がいない方は必ず「無」にしてください
フリガナ	エドガワ タロウ	以下「配偶者に関する事項」に	
氏名	江戸川 太郎	配偶者のマイナンバーを記入	
生年月日	明・大 昭 12年2月2日	個人番号	1111111111
住所	江戸川区 中央 1-4-1	連絡先	03-1234-5678
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	配偶者の現住所が令和3年1月1日現在の住所と異なる場合は こちらの欄に記入してください		
課税状況	住民税 課税	非課税	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/住民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者
	<input type="checkbox"/>	年金収入額の合計額が年額80万円以下です。
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	非課税年金（遺族年金※・障害年金）を受給（受給している年金に○してください）
	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が基準以下 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは
令和2年1月～12月の間に非課税年金を受給していた方は、□にレ点チェックをつけ、該当の年金に○をつけてください		※恩給は対象外ですので、チェックはつけません
預貯金額	550,150円	有価証券（評価概算額） 500,000円
その他（現金・負債を含む）	（現金）※ 300,000円 ※内容を記入してください。	

申請者氏名	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。	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	申請者が被保険者本人以外の場合は こちらの欄に記入してください	本人との関係

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を添付してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入してください。
- 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費を支給された額及び最大2倍の加算

<例>

花子（本人） A銀行 残高 250,150円
太郎（夫） B銀行 残高 250,000円
太郎（夫） C銀行 残高 50,000円 の場合

申請書に記入する額は、次のとおりです

$$250,150円 + 250,000円 + 50,000円 = 550,150円$$

裏面もご覧ください

区記入欄

番号

号し

負担割合証

他（ ）

他（ ）

承認 ・ 非承認

決定年月日

年 月 日