

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	00000000000000
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	連絡先電話番号を記入
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・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	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	以下の「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	11111111111111
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"/> ①	老齢福祉年金受給者
	<input type="checkbox"/> ③	課税
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> ④	合計
	<input type="checkbox"/> ⑤	住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と非課税年金収入額の合計が200万円以下である者
	<input checked="" type="checkbox"/> 非課税年金（遺族年金※・障害年金）を受給している年金に○してください	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
	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方（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、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり	※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以外の場合は こちらの欄に記入してください	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所		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、世帯員として申告している者を指します。
 - 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数添付してください。
 - 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が支給された場合は、規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算となります。

<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

区記入欄	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 他（ ）	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 他（ ）
承認	非承認	決定年月日 年 月 日