

介護保険負担限度額認定申請書

2年度

令和2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	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
被保険者氏名	江戸川 花子	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
生年月日	明・大・昭 11年 1月 1日	マイナンバーを記入	女
住所	江戸川区 中央 1-4-1	連絡先電話番号を記入	連絡先 03-1234-5678
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・	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	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
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2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（住民税非課税である高齢福祉年金受給者）	レ点チェック不要 (区が記入します)	平成31年1月～12月の間に非課税年金を受給していた方は、口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 type="checkbox"/> 課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額を合算して課税される場合					
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】を受給し（受給している年金に○してください。）	※恩給は対象外ですので、チェックはつけません 標準年金、遺児年金を含みます。				
	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が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	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)

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	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、
- 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

<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	<input type="checkbox"/> 負担割合証	<input type="checkbox"/> 他 ( )
		<input type="checkbox"/> 他 ( )	
承認	非承認	決定年月日	年 月 日