

(表)  
介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) 中央区長

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。 令和7年度用

|        |      |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|------|--------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ふりがな   |      | 被保険者番号 |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |      | 個人番号   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        |      | 生年月日   | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所    | 電話番号 |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※ 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のみを利用している場合は、施設名等の記載は不要です。

|                     |               |       |                  |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|---------------|-------|------------------|--------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 入所(院)した<br>介護保険施設 ※ | 所在地<br>名 称    | 電話番号  |                  |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     | 入所(院)年月日<br>※ | 年 月 日 | 入所(院)した<br>施設の種類 | 入所(院)した施設の種類のみに○を付けてください。<br>特別養護 介護老人 介護医療院 その他<br>老人ホーム 保健施設 (ショートステイ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                       |                 |                    |                                                                                        |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|-----------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 配偶者の有無                                |                 | 有 ・ 無              | 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。<br>左記において「無」の場合は、「配偶者に関する事項」については、記載不要です。 |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 配<br>偶<br>者<br>に<br>関<br>する<br>事<br>項 | ふりがな            |                    | 個人番号                                                                                   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                       | 氏 名             |                    | 生年月日                                                                                   | 年 月 日           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                       |                 |                    | 課税状況                                                                                   | 区市町村民税 課税 ・ 非課税 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                       | 住 所             |                    | 電話番号                                                                                   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                       | 本年1月1日<br>現在の住所 | 現住所と異なる場合にご記入ください。 |                                                                                        |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                              |                          |                                                                                                                                                           |  |   |                 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|-----------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 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、課税年金収入額、合計所得金額及び【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万9千円以下です。<br>(受給している年金に○を付けてください。)<br>※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び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、合計所得金額及び【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万9千円を超え、120万円以下です。<br>(受給している年金に○を付けてください。)                                                      |  |   |                 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                              | <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、合計所得金額及び【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。<br>(受給している年金に○を付けてください。)                                                               |  |   |                 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 預貯金等に関する申告<br>※通帳等の写しは別添のとおり | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の場合は1000万円(夫婦は2000万円)、③の場合は650万円(同1650万円)、④の場合は550万円(同1550万円)、⑤の場合は500万円(同1500万円)以下です。<br>※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 |  |   |                 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                              |                          | 預貯金額                                                                                                                                                      |  | 円 | 負 債<br>(住宅ローン等) |  | 円 |  |  |  |  |  |  |  |
|                              |                          | 有価証券等                                                                                                                                                     |  | 円 | 現 金             |  | 円 |  |  |  |  |  |  |  |

※ 申請者が被保険者本人の場合には、記載は不要です。

|         |            |
|---------|------------|
| 申請者住所 ※ |            |
| 申請者氏名 ※ | 続柄( ) 電話番号 |

(注 意)

- 1 預貯金額については、預貯金等を複数所有している場合は、その合計額を記入してください。
- 2 有価証券等には、合同運用信託、公募公社債等運用投資信託を含みます。
- 3 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、支給された額及びその額の最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。
- 4 裏面の同意書に自署の上、提出してください。

| 区 処 理 欄 |     |      |     |                        |     |      |      |      |           |     |
|---------|-----|------|-----|------------------------|-----|------|------|------|-----------|-----|
| 世帯状況    |     | 課税状況 |     | 介護保険施設の種類のみに○を付けてください。 |     |      |      |      | 提出書類等     |     |
| 世帯人数    | 人   | 本人   | 非・課 | 特養                     | 老健  | 療養型  | 短期療養 | 短期生活 | 通帳等の写し    | 有・無 |
| 配偶者     | 有・無 | 配偶者  | 非・課 | 資産要件                   | 預貯金 | 有価証券 | 現金   | 負債   | 配偶者等非課税証明 | 有・無 |
| 世帯主     |     | 世帯員  | 非・課 | 適・非                    |     |      |      |      | 同意書署名     | 有・無 |

ご注意！  
申請書裏面の同意書に同意いただけませんと、認定を行うことができません。

## 同意書

(宛先) 中央区長

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、中央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)

住所

氏名

(配偶者)

住所

氏名

(注) 本人及び配偶者の氏名は、自署してください。ただし、成年被後見人等にあつては、本人に代わって法定代理人が署名することができます。