

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 足立区長 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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。
また、本申請の記載事項について、誤字、脱字などの軽微な訂正については、区役所職員が行うことに同意します。

	個人番号											
フリガナ												
被保険者氏名	被保険者番号	0 0 0										
	自署でない場合、押印してください。	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	該当するものに○をしてください	施設入所(特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院) ショートステイ										
入所(院)年月日	年	月		日								
※介護保険施設に入所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。(生活保護受給者はショートステイを利用している場合もご記入ください。)												

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、記載不要です。									
配偶者に関する事項	フリガナ									生 年 月 日	
	氏 名									明 大 昭 年 月 日	
	住 所	連絡先									
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)						配偶者の区市町村民税課税状況		課税 非課税		

◇収入・預貯金等について(該当する項目にチェック・金額を記載してください)

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	区民税が世帯全員非課税										
	<input type="checkbox"/>	その他(生活保護受給者・境界層該当者・老齢福祉年金受給者)										
預貯金等に関する申告(夫婦合計)	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額合計が認定要件金額の範囲内 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しを添付してください										
		預貯金額	円			有価証券・信託	円			その他(現金・負債を含む)	円	

◇令和5年分の非課税年金受給状況(下記のいずれかに○をつけてください。無の場合も「無」に○をつけてください。)

有 (遺族年金※・障害年金)・無	※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。恩給は非課税年金に含まれませんので、「無」になります。										
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請者氏名	電話番号(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

- 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てください。
 (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、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

【足立区記入欄】

認定(決定)日	適用期間	認定証交付(送付)日				受付印
年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日				
課税状況及び所得等の状況	利用者	課税・非課税(合計所得、課税年金収入、非課税年金収入)				
	配偶者	生活保護受給者・老齢福祉年金受給者・要保護境界層該当者・給付制限・その他				
	世帯員	課税・非課税(預貯金額)				
世帯員		世帯員 名(課税者 名、非課税者 名)※非課税者氏名				
負担限度額	1. 第1段階	2. 第2段階	3. 第3段階①	4. 第3段階②	5. 非該当	

R
6
用

裏面もご記入ください

同意書

足立区長

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、照会することに同意します。

また、足立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

(自署の場合は押印不要・ゴム印不可。)

該当される方のみ、ご記入ください。

銀行口座の提出について

■本人又は配偶者の方が銀行口座をお持ちでない場合は、その方の氏名をご記入ください。

氏名

(自署の場合は押印不要・ゴム印不可。)

該当される方のみ、ご記入ください。

税の修正について

■住民税非課税修正を終えて、再度申請をされる方は、ご記入ください。

修正した年月日： 令和 年 月 日

修正した機関： 足立区役所課税課 ・ 税務署 ()

※ ○をしてください。

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 足立区長 令和〇〇年〇月〇日

次のとおり関係書類を添えて、食費
また、本申請の記載事項について、
自署でない場合は、押印を
お願いします。
個人番号は分からなければ
記入不要です。

記入例

フリガナ	●●●●●●	被保険者番号	0001234567
被保険者氏名	△△▲▲	生年月日	明大昭〇年〇月〇日
住所	足立区中央本町1-17-1		
入所(院)した介護保険施設	該当するものに○をしてください	施設入所(特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院)	ショートステイ
入所(院)年月日	令和〇〇年〇月〇日	※介護保険施設に入所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、「入所年月日」の欄は記入不要です。	

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 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、記載不要です。
フリガナ	●●●●●●	生年月日	明大昭〇年〇月〇日
氏名	△△▲▲	住所	足立区〇〇2-2-2
住所	配偶者に関する情報を記入してください。 ※別世帯の配偶者(内縁関係)を含みます。		
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)		配偶者の区市町村民税	課税 <input type="radio"/> 非課税 <input checked="" type="radio"/>

◇収入・預貯金等につ

収入等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/> 区	<input type="checkbox"/> その他	★通帳は、最新の金額のページと、口座番号・名義人の記載があるページの2か所を、本人と配偶者(内縁関係含む)それぞれの通帳ごとに、ホチキスで留めて提出してください。
預貯金等に関する申告(夫婦合計)	<input checked="" type="checkbox"/> 預	<input type="checkbox"/> 貯	【有価証券】有価証券の評価概算額を記入(ない場合は0を記入)してください。 ★名義、金額がわかる証券の写しを添付してください。
預貯金額	1,234,567円	・信託	0円
		(現金・負債を含む)	20,000円

◇令和5年分の非課税年金受給状況(下記の)

有(遺族年金※・障害年金)・無

受給している非課税年金の種類に○をつけてください。
老齢年金のみの受給である等、該当年分の非課税年金受給がない場合は「無」に○をつけてください。

申請者氏名	□□■	電話番号(自宅・勤務先)	03-0000-0000
申請者住所	足立区〇〇町〇-〇-〇 特別養護老人ホ	本人との関係	施設職員

【足立区記入】
認定(決定)日 令和 年 月 日
どなたが申請しても構いませんが、連絡のつく電話番号を必ず記入してください。
(※申請者が本人の場合は記入不要)

課税状況及び所得等の状況	利用者	課税・非課税(合算)	生活保護受給者・障害者	記入不要	
	配偶者	課税・非課税(預)			
	世帯員	世帯員名(課税者名、非課税者名)※非課税者氏名			
負担限度額	1. 第1段階	2. 第2段階	3. 第3段階①	4. 第3段階②	5. 非該当

R
6
用

裏面もご記入ください

同意書

足立区長

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、照会することに同意します。

また、足立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。

令和 ○○年 ○月 ○日
<本人>
住所 足立区中央本町1-17-1

申請日(提出日)をご記入ください。

配偶者がいらっしゃる方のみ
ご記入ください。

氏名 △ △ ▲ ▲
<配偶者>
住所 足立区梅島2-2-2
氏名 △ △ ▲ ▲

自署でない場合は、押印をお願いします。

(自署の場合は押印不要・ゴム印不可。)

該当される方のみ、ご記入ください。

銀行口座の提出について

■本人又は配偶者の方が銀行口座をお持ちでない場合は、その方の氏名をご記入ください。

氏名 _____

自署でない場合は、押印をお願いします。

(自署の場合は押印不要・ゴム印不可。)

該当される方のみ、ご記入ください。

税の修正について

税修正の該当がある方は、
ご記入ください。

■住民税非課税修正を終えて、再度申請をされる方は、ご記入ください。

修正した年月日： 令和 年 月 日

修正した機関： 足立区役所課税課 ・ 税務署 ()

※ ○をしてください。