

介護保険負担限度額認定申請書兼同意書

(宛先) 大田区長

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。

		新規・更新・再交付																		
フリガナ						被保険者番号														
被保険者氏名						個人番号 (マイナンバー)														
生年月日	年 月 日																			
住 所	連絡先																			
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称(※)	連絡先																			
入所(院)年月日	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 ^(注1)		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、記入不要です。															
配 偶 者 に 関 する 事 項	フリガナ						生年月日	年 月 日											
	氏 名						住民税課税状況	課税 ・ 非課税											
	個人番号						世帯状況	同一世帯 ・ 別世帯（大田区内） ・ 別世帯（大田区外）											
	住 所	連絡先																	
	1月1日 現在の住所	(現住所と異なる場合)																	

収入、預貯金等に 関する申告	☐	生活保護受給者／市区町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者																	
	☐	市区町村民税世帯非課税者																	
	☐	合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金 ^(注2) ・障害年金】（受給している年金に○をしてください。）収入額の合計額が年額80万9千円以下で、かつ、預貯金等の資産が650万円（夫婦の場合は1,650万円）以下です。																	
	☐	合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金 ^(注2) ・障害年金】（受給している年金に○をしてください。）収入額の合計額が年額80万9千円超120万円以下で、かつ、預貯金等の資産が550万円（夫婦の場合は1,550万円）以下です。																	
	☐	合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金 ^(注2) ・障害年金】（受給している年金に○をしてください。）収入額の合計額が年額120万円超で、かつ、預貯金等の資産が500万円（夫婦の場合は1,500万円）以下です。																	
	預貯金額 (注3)	円			有価証券 (評価概算額)	円			その他(注4) (現金・負債を含む。)	内容 () 円									

申請者が被保険者本人の場合には、以下についての記入は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先・携帯）
申請者住所 〒	被保険者との関係

注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。

注2 この申請書における「遺族年金」については、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。

注3 預貯金額には、複数の口座を所有している場合は、その合計を記入し、通帳等の写しを添付してください。

注4 その他には、具体的な内容(現金、住宅ローン等)を記入してください。

注5 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。

同意書

(宛先) 大田区長

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、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。）の課税状況並びに保有する預貯金及び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、大田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 _____