

## 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 ・ 再交付

フリガナ			被保険者番号						
被保険者氏名			個人番号						
生年月日	明・大・昭	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(注1)	連絡先								
入所(院)年月日(注1)	昭・平・令	年	月	日					

配偶者の有無(注2)	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	明・大・昭・平	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(注4)	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/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"/>	市町村民税世帯非課税者								
	<input type="checkbox"/>	合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金(注3)・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。								
	<input type="checkbox"/>	合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金(注3)・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。								
	<input type="checkbox"/>	合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金(注3)・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	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む)	( )	(注5)	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 ショートステイを利用している場合は、記入不要です。  
 注2 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3 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4 同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを記入してください。書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。  
 注5 具体的な内容(現金、住宅ローン等)を記入してください。  
 注6 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 \_\_\_\_\_