

(申請先)  
杉並区長

## 記入例

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。

|                                      |                                                                      |                                       |                     |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| フリガナ                                 | スギナミ ハナコ                                                             | 被保険者番号                                | 0 0 0 9 9 9 9 9 9 9 |
| 被保険者氏名                               | 杉並 花子                                                                | 個人番号                                  |                     |
| 生年月日                                 | 明 ・ 大 ・ 昭 10年 3月 2日                                                  |                                       |                     |
| 住 所                                  | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇〇区△△△丁目〇-〇-〇                                         | 連絡先                                   | 03 ( 3300 ) 0000    |
| 入所（院）した<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称<br>（※） | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇〇区△△△丁目〇-〇-〇<br>特別養護老人ホーム〇〇〇<br>連絡先 03 ( 3300 ) 0000 | 施設の種類の<br>1 特養 2 老健<br>3 介護医療院 4 ショート |                     |
| 入所（院）年月日<br>（※）                      | 平・令 5 年 5 月 25 日                                                     | （※）介護保険施設に入所（院）していない場合は、記載不要です。       |                     |

|           |                                                                                                                                                                                                      |                                           |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 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 | <div>フリガナ<br/>氏 名<br/>生年月日<br/>住 所<br/>本年1月1日現在の住所<br/>（現在の住所と異なる場合）<br/>課税状況</div> <div>配偶者が「有」の場合は、「配偶者に関する事項」に記入をして下さい。<br/><br/>配偶者の預貯金等の額の確認書類（通帳等の写し）も必要となります。</div> <div>市町村民税 課税 ・ 非課税</div> |                                           |

|                        |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                 |             |                 |          |
|------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------|-----------------|----------|
| 収入及び<br>預貯金等に関する<br>申告 | <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                                                                                                                                                                                                                      | 受給している全ての年金の保険者に○して下さい<br><br>日本年金機構<br>地方公務員共済 |             |                 |          |
|                        | <input type="checkbox"/>            | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が <b>年額80万9,000円以下</b> です。（受給している年金に○して下さい）<br>※1 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。以下同じ。<br>預貯金、有価証券等の金額の合計が <b>650万円（夫婦は1,650万円）以下</b> です。<br>※2 65歳未満の場合、 <b>1,000万円（夫婦は2,000万円）以下</b> です。以下同じ。 |                                                 |             |                 |          |
|                        | <input type="checkbox"/>            | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が <b>年額80万9,000円を超え120万円以下</b> です。（受給している年金に○して下さい）<br>預貯金、有価証券等の金額の合計が <b>550万円（夫婦は1,550万円）以下</b> です。※2                                                                                         |                                                 |             |                 |          |
|                        | <input checked="" type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が <b>年額120万円を超えます</b> 。（受給している年金に○して下さい）<br>預貯金、有価証券等の金額の合計が <b>500万円（夫婦は1,500万円）以下</b> です。※2                                                                                                    |                                                 |             |                 |          |
|                        | 預貯金等の金額                             | 預貯金額                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 | 2,503,465 円 | 有価証券<br>（評価概算額） | 153,000円 |

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 | 連絡先（自宅・携帯）<br>090 (〇〇〇〇) ×××× |
| 申請者住所 | 本人との関係<br>長男                  |

## 注意事項

(1)  
(2)

※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しの添付が必要です。

(3)  
(4)(3) 書式に記入の上添付してください。  
(4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費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。

## 区記入欄

|       |         |                                                      |
|-------|---------|------------------------------------------------------|
| 交付年月日 | 年 月 日   | 利用者負担段階                                              |
| 適用年月日 | 年 月 日から | 1. 老・生 2. 世帯非課税 年金80.9万円以下 3①. 世帯非課税 年金80.9万超120万円以下 |
| 有効期限  | 年 月 日迄  | 3②. 世帯非課税 年金120万超 4. 世帯課税                            |