

令和7年度

介護保険 負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

杉並区長 宛

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											被保険者番号										
被保険者氏名																					
生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号																
住所	〒										連絡先 ()										
入所(院)した 介護保険施設 の所在地及び 名称(※)	〒										施設の種類										
	連絡先 ()										1. 特養 2. 老健 3. 介護医療院 4. ショート										
入所(院)年月日 (※)	平・令	年	月	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。(死別の場合は無に○をつけてください。)																		
配偶者に関する事項	フリガナ																				
	氏名																				
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	個人番号															
	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は記入)	〒																			
課税状況	住民税(区市町村民税)										課税							非課税			

収入及び 預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/住民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者																
	<input type="checkbox"/>	住民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】(受給している年金に○をつけてください。)収入額の合計額が年額80万9,000円以下です。 ※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。 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1650万円)以下です。 ※2 65歳未満の場合、1000万円(夫婦は2000万円)以下です。以下同じ。																
	<input type="checkbox"/>	住民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】(受給している年金に○して下さい)収入額の合計額が年額80万9,000円を超え120万円以下です。 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1550万円)以下です。※2																
	<input type="checkbox"/>	住民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】(受給している年金に○して下さい)収入額の合計額が年額120万円を超えます。 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1500万円)以下です。※2																
預貯金等の金額	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)	() ※ 円				
※内容記入して下さい																		

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(日中連絡のつく電話番号) ()																
申請者住所	本人との関係																

注意事項

- 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。
- 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、通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、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。
- 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	日まで	3②. 世帯非課税 年金120万超 4. 世帯課税														