

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) 川崎市 区長

次のとおり関係書類を添えて、食費及び居住費又は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		個人番号	
生年月日	年 月 日		
住所	電話番号		
介護保険施設等の所在地及び名称(※)	電話番号		
入所(院)年月日(※)	年 月 日		

(※) 介護保険施設等に入所(院)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、記載は不要です。

配偶者の有無(※)		有 ・ 無	
配偶者に関する事項	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	個人番号
	住所	電話番号	
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)		
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税	

(※) 「無」の場合は、「配偶者に関する事項」の記載は不要です。

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者 / ②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者			
	☐	③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※1と非課税年金収入額(遺族年金※2・障害年金)の合計額が年額 80 万 9 千円以下 (受給している年金に○印を付けてください。) ※1 長期譲渡所得及び短期譲渡所得に係る特別控除額並びに年金に係る雑所得の金額を控除した所得金額です。また、給与所得が含まれている場合は、当該給与所得の金額は、所得税法第 28 条第 2 項の規定によって計算した金額(租税特別措置法第 41 条の 3 の 11 第 2 項の規定による控除が行われている場合は、その控除前の金額)から 10 万円を控除して得た額とします。以下同じ。 ※2 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金又は遺児年金を含みます。以下同じ。			
	☐	④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非課税年金収入額(遺族年金・障害年金)の合計額が年額 80 万 9 千円超 120 万円以下 (受給している年金に○印を付けてください。)			
	☐	⑤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非課税年金収入額(遺族年金・障害年金)の合計額が年額 120 万円超 (受給している年金に○印を付けてください。)			
預貯金等に関する申告(※)	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が、次の金額以下 収入等に関する申告が②で 1,000 万円(夫婦の場合は合計が 2,000 万円)、③で 650 万円(同 1,650 万円)、④で 550 万円(同 1,550 万円)、⑤で 500 万円(同 1,500 万円) ※ 第 2 号被保険者(40 歳以上 64 歳以下)の場合、③～⑤いずれの場合も 1,000 万円(夫婦は 2,000 万円)以下			
	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。)

(※) 預貯金、有価証券等に係る通帳などの写しを添付してください。

申請者が被保険者と異なる場合には、次の欄を記載してください。

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保有している場合は、その合計額を記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 預貯金等に関する申告欄に書き切れない場合は、余白又は別紙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等の支給を受けた場合には、介護保険法第 2 2 条第 1 項の規定に基づき、支給された額及びその額の最大 2 倍の加算金を徴収することがあります。