

介護保険負担限度額認定申請書

提出した日を記入

令和〇年〇月〇〇日

(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	カワサキ タロウ	被保険者番号	0004567890
被保険者氏名	川崎 太郎	個人番号	987654321098
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
住所	〇〇区〇〇町〇〇番地 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇		
介護保険施設等の所在地及び名称(※)	〇〇区〇〇町〇〇番地 介護老人福祉施設〇〇〇 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇		
入所(院)年月日(※)	令和〇〇年 〇月 〇〇日		

(※) 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	カワサキ ハナコ	同居の場合は、記入不要
	氏名	川崎 花子	
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	個人番号
	住所	〇〇区〇〇町〇〇番地 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇	
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	本年1月1日の住民登録地が市外の場合に記入	
課税状況	市町村民	・	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。

本年1月1日の住民登録地が市外の方で、非課税に○をつけた場合は、必ず非課税証明書を添付してください

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の合計額が年額 80 万 9 千円以下 ※1 長期譲渡所得及び短期譲渡所得に係る特別金額です。また、給与所得が含まれている場合は、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)、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	
	預貯金金額	〇〇〇 円
	有価証券(評価概算額)	〇〇〇 円
	その他(現金・負債を含む。)	現金 (負債等種類: 現金) 〇〇〇 円

(※) 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

申請者氏名	
申請者住所	本人との関係

事業所が提出する場合は、事業所名称と所在地、連絡先を記入

- 注意事項
- この申請書は、申請者本人の記入によるものとします。
 - 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。
 - 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、支給された額及びその額の最大2倍の加算金を徴収することがあります。