

# 介護保険負担限度額認定申請書

保険者番号 131144

● 年 6 月 ● 日

## 記入例

中野

「個人番号」は、未記入でも申請できます。記入された場合は、確認書類が必要になります。詳しくは、区担当までお問い合わせください。

介護保険被保険者証の番号です。

被保険者氏名	中野 ●子		保険者番号	0001111111			
生年月日	明・大・(昭) 10年 10月 ●日		個人番号				
住所	〒164-8501 中野区中野4-8-1-101		電話	03 - ●●●● - ●●●●			
入所(院)先の施設名称等 (ショートステイ利用を含む)	名称	中野ホーム	<input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院		生活保護受給中の場合は、有に○をしてください。		
生活保護受給の有無	有・(無)	※生活保護受給中の方は、下欄「配偶者の有無」以降は記入不要です。					
配偶者の有無	(有)・無	※「無」の場合は「配偶者に関する事項」の記載は不要です。 ※事実婚(住民登録上の続柄が未届夫、未届妻等)の場合も配偶者として記入してください。個人番号は未記入でも申請できます					
配偶者に関する事項	フリガナ	ナカノ マルオ		住民税課税状況	課税・(非課税)		
	氏名	中野 ●男					
	生年月日	明・大・(昭)・平 ▲年 ●月 ▲日		個人番号			
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	※被保険者と異なる場合は記入してください。 〒165-8501 中野区○○町●-▲-1 電話 03 - ●●●● - ●●●●				
本年1月1日現在の住所	※現住所と異なる場合に記入してください。 〒						
公的非課税年金受給の有無	受給の有無	有の場合は、下記のいずれかに○をし、年間受給額を記入してください。 ( (障害年金) ・ 遺族年金 ) を受給中 年間受給額 ( 600,000 円 ) ※公的非課税年金 ※遺族年金には 世帯非課税の場合、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください					
	(有)・無						
収入等に関する申告	世帯の課税状況	<input checked="" type="checkbox"/> 区市町村民税 世帯非課税					
	<input type="checkbox"/> 年金収入+その他の合計所得金額80.9万円以下、かつ、預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下						
	<input type="checkbox"/> 年金収入+その他の合計所得金額80.9万円以下、かつ、預貯金等の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下						
	<input checked="" type="checkbox"/> 年金収入+その他の合計所得金額120万円超、かつ、預貯金等の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下						
※65歳未満の方は収入基準は同じですが、預貯金等の基準は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 <input type="checkbox"/> 65歳未満であり、預貯金等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。							
預貯金、有価証券等の金額は以下のとおりです。※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり							
預貯金額( 400,000 円) 有価証券( 0 円) 預貯金以外の現金( 0 円) ※評価概算額 ※負債を含む							
お持ちの口座すべての通帳の写しをご提出いただきます。最新の取引日から2か月前までの部分をコピーしてください。 なお、直近で記帳した上で最新の取引日が申請日から1か月以上さかのぼる場合は、通帳の写しの余白に「以降取引なし」とご記入ください。 総合口座をお持ちの方は、定期預金等の有無にかかわらず、必ず定期預金等のページの写しをご提出ください。定期預金等のページそのものが無い場合は、普通預金ページの写しの余白に「定期なし」とご記入ください。							
※申請者氏名	中野 太郎		(携帯・自宅・勤務先)				
	本人との関係		家族(長男)・支援事業者・その他( )				

※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倍の加算金を加えた額を返還していただくことがあります。  
※負担限度額認定期間中に本人及び世帯構成員の所得更正により認定の対象とならなくなった場合は、さかのぼって認定を取り消す場合があります。

裏面もあります

介護保険法第203条に基づき、銀行等へ預貯金の照会を行う場合がありますので、下記の同意書に記入をお願いします。  
※生活保護受給中の方は、記入不要です。

## 同意書

中野区長様

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、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに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、貴区長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

必ず記入してください。

●日

＜本人＞

住所 中野区中野4-8-1-101

氏名 中野 ●子

（被成年後見人の場合は、成年後見人の住所・氏名となります。）

＜配偶者＞

住所 中野区○○町●-▲-1

氏名 中野 ●男

（注1）配偶者がいる方は、配偶者の同意も必要です。

（注2）本人、配偶者が記入できない場合は、親族等の方が代理記入してください。

別紙「提出書類のチェックシート」で申請に必要な書類をご確認のうえ、ご提出ください。

※区記入欄（記入しないでください）

区処理欄 ①	郵送	窓口	確認者	区処理欄 ②	確認者		
① 生活保護	有・無	受給証明書	有・無	世帯人数	人		
② 後見人	有・無	登記事項証明書※全頁	有・無	※うち、配偶者以外	人		
③ 配偶者	有・無		課税・非課税	世帯課税状況	課税・非課税・生保・老齢		
	被保険者と住所同じ・被保険者と住所別			課税年金	円 80.9万以下→2		
④ 預貯金額等(本人+配偶者)計			円	その他合計所得額	円 80.9万超120万以下→3①		
⑤ 非課税年金	有・無		円	非課税年金	円 120万超→3②		
⑥ 世帯構成と課税・非課税				年金及び所得計	円		
	氏名		税区分	資産状況	2 預貯金650万円(1,650万円)以下		
1 被保険者本人		課税・非課税・未申告			3-① 預貯金550万円(1,550万円)以下		
2		課税・非課税・未申告			3-② 預貯金500万円(1,500万円)以下		
3		課税・非課税・未申告			4 不承認( )		
⑦ 認定有効期間	年	月	日～	年	月	日	
備考				確認・入力年月日	年	月	日
				交付年月日	年	月	日
				限度額履歴	なし・1・2・3・4		
				承認区分	生保 / 老齢 / 境界層 / 非課税 不承認		
				備考			