

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先)

東京都板橋区長

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			個人番号																		
生年月日	年 月 日																				
住 所	〒		TEL																		
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	所在地	〒																			
	名称			TEL																	
入所（院）年月日 （※）	年 月 日		（※）介護保険施設に入所（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、記入不要です。																		
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	フリガナ																				
	氏 名																				
	生年月日	年 月 日		個人番号																	
	住 所	〒		TEL																	
	前年度1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒																	課税状況		
																		課税・非課税			
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>		①生活保護受給者/②区市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者																		
	<input type="checkbox"/>		③区市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額80万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい) ※ 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。																		
	<input type="checkbox"/>		④区市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額80万円を超え、120万円以下です。(受給している年金に〇して下さい)																		
	<input type="checkbox"/>		⑤区市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額120万円を超えます。 (受給している年金に〇して下さい)																		
預貯金等に関する申告 ※通帳の写しは別添	<input type="checkbox"/>		預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。																		
	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	※内容を記入して下さい														

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	TEL (自宅・勤務先)
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保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 枠内に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、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

裏面もご記入ください。

(裏)

## 照 会 同 意 欄

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。)に私及び私の配偶者(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照会することに同意します。

また、貴区長の照会に対し、銀行等が回答することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

〒

本人

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

配偶者

〒

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

区 処 理 欄	利用者負担段階	第 段階	生活保護	有 ・ 無	判定所得金額			円
	交付年月日	年 月 日	老齢年金	有 ・ 無	内 課税年金収入他			円
			給付制限	有 ・ 無		訳 非課税年金収入		
	適用年月日	年 月 日	境界層	有 ・ 無	配偶者課税状況		有	課税 ・ 非課税
			要介護度	介 支		無		
	有効期限	年 月 日	結果	1. 該当 2. 非該当 (課税世帯・預貯金超過・配偶者課税・その他)				
備考								

### 受付窓口一覧

- |                       |               |                  |
|-----------------------|---------------|------------------|
| 1 介護保険課 (区役所北館 2階⑭窓口) | 板橋区板橋 2-66-1  | TEL 03-3579-2356 |
| 2 おとしより保健福祉センター       | 板橋区前野町 4-16-1 | TEL 03-5970-1111 |
| 3 赤塚福祉事務所 (赤塚庁舎)      | 板橋区赤塚 6-38-1  | TEL 03-3938-5126 |
| 4 志村福祉事務所             | 板橋区蓮根 2-28-1  | TEL 03-3968-2331 |

区 処 理 欄	受付窓口	端末入力
	日付印	
	担当	