

# 介護保険負担限度額認定申請書兼同意書

(宛先) 大田区長

年 月 日

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。

新規 ・ 再交付

フリガナ						被保険者番号														
被保険者氏名						個人番号														
生年月日	明・大・昭	年	月	日		性別	男 ・ 女													
住所	連絡先																			
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(注1)	連絡先																			
入所(院)年月日(注1)	昭 ・ 平	年	月	日																

配偶者の有無(注2)	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、記入不要です。																		
配偶者に関する事項	フリガナ						生年月日	明・大・昭・平	年	月	日									
	氏名						住民税課税状況	課税 ・ 非課税												
	個人番号						世帯状況	同一世帯 ・ 別世帯(大田区内) ・ 別世帯(大田区外)												
	住所	連絡先																		
	1月1日現在の住所	(現住所と異なる場合)																		

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／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"/>	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【遺族年金(注3)・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に○をしてください。)																	
	<input type="checkbox"/>	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【遺族年金(注3)・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。 (受給している年金に○をしてください。)																	
預貯金等に関する申告(注4)	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 (預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しは別添のとおりです。)																	
	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。)	( )	(注5)				

申請者が被保険者本人の場合には、以下についての記入は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先・携帯)
申請者住所 〒	被保険者との関係

- 注1 ショートステイを利用している場合は、記入不要です。
- 2 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。
- 3 この申請書における「遺族年金」については、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。
- 4 同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを記入してください。書ききれない場合は、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。
- 5 具体的な内容(現金、住宅ローン等)を記入してください。
- 6 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。

## 大田区記入欄

交付年月日	生活保護情報	備考
年 月 日	有 ・ 無	
適用年月日	中国残留邦人支援情報	
年 月 日から	有 ・ 無	
有効期限	福祉年金情報	
年 月 日まで	有 ・ 無	

## 同意書

(宛先) 大田区長

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、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。）の課税状況並びに保有する預貯金及び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、大田区長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

<配偶者>

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印