

介護保険負担限度額認定申請書

保険者番号 131144

2026年度

年 月 日

中野区長あて

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		0	0	0															
被保険者氏名		個人番号																			
生年月日		明・大・昭		年		月		日													
住所		〒																			
		電話 - -																			
入所(院)先の施設 名称等 (ショートステイ利用 を含む)		名称												☐ 特別養護老人ホーム ☐ 老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ ショートステイ							
入所(院)または利用中		入所(院)または利用予定 (月頃)																			
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。																	
配偶者に関する事項	フリガナ												住民税課税状況				課税・非課税				
	氏名																				
	生年月日		明・大・昭・平		年		月		日		個人番号										
	住所		☐ 被保険者と同じ		〒														電話 - -		
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。 〒																			
収入等に関する申告	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(円) ※公的非課税年金とは、障害年金または遺族年金のことです。 ※遺族年金には、「寡婦」「かん夫」「母子」「準母子」「遺児」年金を含みます。																
	世帯の課税状況		☐ 区市町村民税 世帯非課税																		
	☐ 年金収入+その他の合計所得金額82.65万円以下、かつ、預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下																				
	☐ 年金収入+その他の合計所得金額82.65万円超120万円以下、かつ、預貯金等の合計が550万円(夫婦1,550万円)以下																				
	☐ 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歳未満のかた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。 ☐ 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、有価証券等のそれぞれの合計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に記入してください。																					
預貯金額(円) 有価証券(円) 預貯金以外の現金(円) ※評価概算額 ※負債を含む																					

- (注1) 預貯金等は、複数の口座を所有している場合は、すべてを記入してください。0円の場合も「0」とご記入ください。
配偶者のいる方は配偶者の分と合わせた合計額を記入してください。
- (注2) 記入欄が不足する場合は、余白に記入するか、または別紙に記載のうえ添付してください。
- (注3) 年金収入+その他の合計所得金額は被保険者分のみです。年金収入額には公的年金の他に公的非課税年金も含みます。

※申請者が被保険者以外の場合はご記入ください。 <申請者氏名>	日中連絡のつく連絡先 (携帯・自宅・勤務先)	
	被保険者本人との関係	家族()・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。

年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

(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

氏 名

(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 82. 65万以下→2							
④預貯金額等(本人+配偶者)計						円		その他の合計所得		円 82. 65万超120万以下→3①					
⑤ 課税年金		有 ・ 無				円		非課税年金		円 120万超→3②					
⑥ その他の合計所得		有 ・ 無				円		年金及び所得計		円					
⑦ 非課税年金		有 ・ 無				円		資産状況		2 預貯金650万円(1,650万円)以下					
⑧ 世帯構成と課税・非課税		氏名		税区分		3-① 預貯金550万円(1,550万円)以下									
						3-② 預貯金500万円(1,500万円)以下									
						4 不承認()									
1 被保険者本人				課税 ・ 非課税 ・ 未申告		確認・入力年月日		年 月 日							
2				課税 ・ 非課税 ・ 未申告		交付年月日		年 月 日							
3				課税 ・ 非課税 ・ 未申告		限度額履歴		なし ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4							
⑨認定有効期間		年 月 日～ 年 月 日		備考		承認区分		生保 / 老齢 / 境界層 / 非課税 不承認							
						備考		<table><tr><td>確認者</td><td>係長</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				確認者	係長		
												確認者	係長		