

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

渋谷区長 様

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 被保険者氏名	シフヤ タロウ 渋谷 太郎 (渋谷)印	被保険者番号	0000123456
		個人番号	000000000000
生年月日	昭和 4 年 5 月 6 日	性別	男
住所	〒 150-0042 渋谷区宇田川町〇-〇	連絡先	03-3463-〇〇〇〇
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	〒 150-0013 渋谷区恵比寿△-△-△ ●●●特別養護老人ホーム	連絡先	03-3463-△△△△
入所(院)年月日(※)	平成 30 年 1 月 1 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	シフヤ ハナコ 渋谷 花子		
	生年月日	昭和 7 年 8 月 9 日	個人番号	111111111111
	住所	〒 150-0042 渋谷区宇田川町〇-〇	連絡先	03-3463-〇〇〇〇
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と 異なる場合)	〒		
	課税状況	住民税 課税	非課税	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/住民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	受給している全ての年金の 保険者に○してください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済			
	<input type="checkbox"/>	住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※・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○してください。) ※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。				
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	住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・障害年金】の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○してください。)				
	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※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		1,500万 円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	() ※ 円

※内容を記入してください

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	渋谷 一男	連絡先(自宅・勤務先)	03-3463-◇◇◇◇
申請者住所	渋谷区渋谷〇-〇-〇	本人との関係	子

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所有している場合は、そのすべてを記入、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

【区記入欄】

収入等 確認事項	世帯情報	非課税 課税	本人収入 課税	円	配偶者収入 非課税 課税	預貯金額	円
証発行	交付年月日	年 月 日	適用年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日	
丁	課長	係長	証発行係員	受付係員	(備考) 特養・老健・療養・地域特養・他		
	第(1・2・3・4)段階で(認定・非該当)としてよろしいか伺います。						

同意書

渋谷区長 殿

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、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。

平成30年 8月 1日

<本人>

住所 渋谷区宇田川町〇一〇

氏名 渋谷 太郎



印

<配偶者>

住所 渋谷区宇田川町〇一〇

氏名 渋谷 花子



印