

# 介護保険負担限度額認定申請書

令和4年度

令和 年 月 日

西東京市長

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	明・大・昭	年	月	日										
住 所														
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	連絡先													
入所(院)する居室の種別	1 ユニット型個室			2 ユニット型個室的多床室			3 従来型個室			4 多床室				
入所(院)年月日(※)	昭・平・令	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			被保険者番号											
	氏 名			個人番号											
	生年月日	明・大・昭	年	月	日										
	住 所	連絡先													
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)														
	課税状況	市町村民税			課 税			非 課 税							

収入等に関する申告 <small>いずれかに「レ」を入れてください</small>	<input type="checkbox"/>	1	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 預貯金等の資産は1,000万円(夫婦2,000万円)以下です。							
	<input type="checkbox"/>	2	市町村民税世帯非課税者であって、前年の年金収入等(※1)が年額80万円以下です。 預貯金等の資産は650万円(夫婦1,650万円)以下です。							
	<input type="checkbox"/>	3-①	市町村民税世帯非課税者であって、前年の年金収入等(※1)が年額80万円超120万円以下です。預貯金等の資産は550万円(夫婦1,550万円)以下です。							
	<input type="checkbox"/>	3-②	市町村民税世帯非課税者であって、前年の年金収入等(※1)が年額120万円を超えます。預貯金等の資産は500万円(夫婦1,500万円)以下です。							
非課税年金に関する申告	<input type="checkbox"/>		非課税年金(※2)を受給しています。※2 ( 遺族年金、障害年金、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む ) 【日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済】 → 受給している全ての年金の保険者に○して下さい							
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>		預貯金、有価証券等の金額の合計は預貯金等の資産の基準以下です。 ・預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり ・第2号被保険者(40歳から64歳)の方は1,000万円(夫婦2,000万円)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	<small>※内容を記入してください</small>	

※1 年金収入等＝公的年金等収入金額(非課税年金を含む)＋年金以外の合計所得金額

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	連絡先	
申請者住所	本人との関係	

**注意事項**

- (1) 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。
- (2) 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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 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。
- (4) 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。