

介護保険負担限度額認定申請書

令和6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			被保険者番号																
生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号														
住所	連絡先																		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)																			
入所(院)する居室の種別	1 ユニット型個室 3 従来型個室 2 ユニット型個室的多床室 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			被保険者番号															
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号													
	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 いずれかに「レ」を入れてください	☐ 1	生活保護受給者(資産要件なし)/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。																	
	☐ 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。																	
	☐ 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。																	
	☐ 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	☐	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	☐	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 ※内容を記入してください													

※1 年金収入等＝公的年金等収入金額(非課税年金を含む)＋合計所得金額から年金所得を除いた額

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。