第 38 号様式(第 69 条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)　　年　　月　　日

新宿区長　宛て

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		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	年　月　日		
住所	〒 電話番号		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 電話番号	1　特別養護老人ホーム 2　介護老人保健施設 3　介護医療院 4　介護療養型医療施設 5　地域密着型特養ホーム 6　その他(ショートステイ)	
入所(院)年月日(※)	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。

下記の「配偶者」には、世帯分離をしている配偶者、本人と住民票上の住所が異なる配偶者又は内縁関係の方を含みます。

配偶者の有無		有　・　無 □特段の事情(　　)	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	年　月　日
	氏名		個人番号	
	住所	〒 電話番号		
	本年1月1日現在の住所	〒 ※現住所と異なる場合は、記入する。		
	課税状況	区市町村民税　課税　・　非課税		

収入等に関する申告	□	生活保護受給者／又は区市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者①です。		
	□	区市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が	非課税年金収入額に関する申告	有・無 有の場合 □遺族年金(★) □障害年金
		□　年額 80 万円以下です。②		
		□　年額 80 万円を超え、120 万円以下です。③		
		□　年額 120 万円を超えます。④		
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは、別添のとおり	□	預貯金、有価証券等の金額の合計が ①の方 1,000 万円(夫婦は 2,000 万円)／②の方 650 万円(夫婦は 1,650 万円) ③の方　550 万円(夫婦は 1,550 万円)／④の方 500 万円(夫婦は 1,500 万円) 以下です。※第 2 号被保険者の場合は、1,000 万円(夫婦は 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

(★)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。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

注意事項

1　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、その合計を記入してください。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。

2　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。