第 38 号様式(第 69 条関係)

記入例

記入の際はチラシ「負担限度額制度の申請手続きについて」を必ずご覧ください。

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)

個人番号（マイナンバー）をご記入ください。ご不明の場合は記入不要です。

フリガナ	シンジュク タロウ	保険者	131045
被保険者氏名	新宿 太郎	被保険者番号	0 00123456
		個人番号	123456789123
生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
住所	〒160－8484 新宿区歌舞伎町1－4－1　電話番号 5273－4176		
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒160－○○○○ 新宿区○-○-○ 介護老人保健施設 ○○○○○ 電話番号 5273－○○○○		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

別紙（チラシ）の裏面の特段の事情に該当する場合はチェックを入れてください。

配偶者の有無		(有)・無 □特段の事情(　　)	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	シンジュク ハナコ	生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日
	氏名	新宿 花子	個人番号	123456789012
	住所	〒160－8484 新宿区歌舞伎町1－4－1	電	5273－4176
	本年1月 住所			
	課税状況	村民税　課税・(非課税)		

どちらかに○をしてください。

ご本人の収入等について、いずれか１つにチェックを入れてください。

非課税年金収入額の有無及び受給している年金にチェックをいれてください。

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	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
	☑ 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		
	□ 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	500万円	有価証券(評価概算額)	0 円	その他(現金・負債を含む。)	10万円

(★)寡婦年金、か　年金、母子年

成年後見人が申請する場合は、「新宿太郎成年後見人○○○○」と記入し、登記事項証明書を添付してください。

申請者氏名	
申請者住所	本人との関係

配偶者がいる場合は、ご本人と配偶者のすべての預貯金等の金額を合わせて記載してください。

※　預貯金額を記入のうえ、基準額以下の場合はチェックを入れてください。

※　虚偽の申告をされた場合は、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。