

個人番号の記入がない場合も受付できます。

第 55 号様式

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)  
目黒区長

個人番号の記入がない場合でも、その他の記入内容に問題がなければ申請はできます。なお、個人番号を記入した場合は、番号確認、本人確認を行うため、個人番号等がわかる書類等が必要になります。

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   | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| 被保険者氏名                   |        | 被保険者番号  |   |   |   |   |   |   |
|                          |        | 個人番号  |   |   |   |   |   |   |
| 生年月日                     | 年 月 日生 |   |   |   |   |   |   |   |
| 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(※) |        |   |   |   |   |   |   |   |
| 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。 |   |   |   |   |   |   |

●住民票を別にしている配偶者又は事実婚のかたについても記入してください。

|           |                        |        |   |     |  |  |  |  |  |
|-----------|------------------------|--------|---|-----|--|--|--|--|--|
| 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                     |        |   |     |  |  |  |  |  |
|           | 生年月日                   | 年 月 日  | 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) | 〒      |   |     |  |  |  |  |  |
|           | 課税状況                   | 市町村民税  | 課税  | 非課税 |  |  |  |  |  |

【申請者】 本人又は成年後見人のかたの氏名等を記入してください。

|       |             |
|-------|-------------|
| 申請者氏名 | 連絡先(自宅・勤務先) |
| 申請者住所 | 本人との関係      |

【申請代行者】 申請者本人以外のかたが、申請書の記入又は提出を行う場合記入してください。

|    |         |
|----|---------|
| 氏名 | 連絡先電話番号 |
| 住所 | 本人との関係  |

裏面も記入してください。

●ご本人の受給している年金について該当する年金に○をつけてください(複数可)

|   |                                  |
|---|----------------------------------|
| 1 | 遺族年金                             |
| 2 | 障害年金                             |
| 3 | 遺族年金・障害年金以外の年金(厚生年金、国民年金、共済年金など) |
| 4 | 年金は受給していない                       |

●該当する箇所に✓を入れて、記入してください。

|               |                          |   |
|---------------|--------------------------|---|
| ご本人の収入等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | 生活保護受給者/老齢福祉年金受給者   |
|               | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計が年額 80 万円以下です。           |
|               | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計が年額 80 万円を超え、120 万円以下です。 |
|               | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計が年額 120 万円を超えます。         |

●該当する箇所に金額を記入してください。

| 預貯金等に関する申告(※) | ご本人           |                     | 配偶者                 |                     |
|---------------|---------------|---------------------|---------------------|---------------------|
|               | 預貯金額          | 円<br>合計金額を記入してください。 | 円<br>合計金額を記入してください。 | 円<br>合計金額を記入してください。 |
|               | 有価証券(評価概算額)   | 円<br>合計金額を記入してください。 | 円<br>合計金額を記入してください。 | 円<br>合計金額を記入してください。 |
|               | その他(現金・負債を含む) | 円<br>合計金額を記入してください。 | 円<br>合計金額を記入してください。 | 円<br>合計金額を記入してください。 |

(※)預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しを添付してください。

【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事実婚のかたも含みます。
- (2) 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。

目黒区記入欄

| 交付年月日 | 備 考  |   |   |
|-------|------|---|---|
| 年 月 日 | 確認方法 | <input type="checkbox"/> 目黒区住民税情報                                     | <input type="checkbox"/> 添付書類 <input type="checkbox"/> その他  |
| 適用年月日 | 確認結果 | <input type="checkbox"/> 減額対象外(本人課税・世帯課税)                             | <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 被保護者                                    |
| 年 月 日 |      | <input type="checkbox"/> 世帯非課税80万円以下                                  | <input type="checkbox"/> 世帯非課税80万超え、120万円以下   |
| 有効期限  |      | <input type="checkbox"/> 世帯非課税120万円超え                                 | <input type="checkbox"/> 減額により保護を免れる者 <input type="checkbox"/> その他(特例)                              |
| 年 月 日 | 判定結果 | <input type="checkbox"/> 預貯金等 1000 万円以上、夫婦 2000 万以上                   | <input type="checkbox"/> 預貯金等 650 万円以上、夫婦 1650 万以上  |
|       |      | <input type="checkbox"/> 預貯金等 550 万円以上、夫婦 1550 万以上                    | <input type="checkbox"/> 預貯金等 500 万円以上、夫婦 1500 万以上  |
|       |      | <input type="checkbox"/> 利用者負担第1段階 <input type="checkbox"/> 利用者負担第2段階 | <input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階① <input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階② <input type="checkbox"/> 却下 |

《個人番号事務欄》

|   |                        |      |                   |     |
|---|------------------------|------|-------------------|-----|
| 受 | 包括(北・東・中・南・西)<br>介護・郵便 | 個人番号 | 個力・通力・その他( )      | 確認者 |
|   |                        | 本人確認 | 個力・免・パ・健・年・その他( ) |     |
|   |                        | 代理確認 | 戸籍、委任状、登記簿・その他( ) |     |
| 付 | 氏名                     | 代理本人 | 個力・免・パ・健・年・その他( ) |     |