

世田谷区: 介護保険の被保険者番号・個人番号(マイナンバー)をご記入ください。個人番号(マイナンバー)が不明の場合は記入不要です。申請します。

フリガナ 被保険者氏名	カイゴ 介護	ヨシエ 芳枝	被保険者番号	〇〇△△△×××□□
			個人番号	〇〇〇××××□□△△△
生年月日	明・大・ 昭 4年 5月 5日			
住所	〒 154-8505 世田谷区世田谷5丁目21番27号 連絡先 03-9999-9999			
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	施設名 世田谷けやきホーム 〒 154-8505 世田谷区世田谷5丁目21番27号 連絡先 03-9999-9999			
入所(院)年月日(※)	昭・平・ 令 6年 6月 10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。	
利用施設の種類の種類	<ul style="list-style-type: none"> 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) <input checked="" type="checkbox"/> 入所・ショートステイ 介護老人保健施設(老人保健施設) <input type="checkbox"/> 入所・ショートステイ 介護医療院 <input type="checkbox"/> 入所・ショートステイ その他() 			

配偶者の有無(事実婚も含む)	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」欄に記入してください。	
配偶者に関する事項	フリガナ氏名	カイゴ タツゴロウ 介護 辰五郎	配偶者の方がいらっしゃらない場合には必ず「無」に〇をしてください。	
	生年月日	明・大・ 昭 2年 3月 4日	個人番号	
	住所	〒 154-8505 世田谷区世田谷7丁目22番33号 連絡先 03-9999-8888		
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒 左記の住所が世田谷区でない場合は、住民税非課税証明書を添付してください。		
課税状況	住民税(都・区・民税または市町村民税)		課税	<input checked="" type="checkbox"/> 非課税

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 住民	該当する項目に「レ」をつけてください。	社年金受給者または生活保護受給者			
	<input type="checkbox"/>	年金収入等(※)の合計が年間80万円以下	遺族年金・障害年金等を受給している場合は〇をしてください。(恩給は含みません)			
	<input type="checkbox"/>	年金収入等の合計が年間80万円超120万円以下	受給している全ての年金の保険者に〇をして下さい。 日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私学共済			
	<input type="checkbox"/>	年金収入等の合計が年間120万円超で住民税非課税	※年金収入等＝公的年金等収入額＋その他の合計所得金額＋非課税年金収入額			
	非課税年金を受給している方は受給している非課税年金に〇をしてください。【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、遺児年金を含みます。					
預貯金等に関する申告	預貯金額	8,000,000 円	有価証券(評価概算額)	1,500,000 円	その他(現金・負債等)	500,000 円

申請者が被保険者本人の場合は、右記の	申請者氏名	介護 太郎	本人との関係	子
	申請者住所	世田谷区世田谷9丁目48番63号		連絡先 (自宅 ・携帯・勤務先) 03-9999-8888

配偶者がいる場合は、夫婦合計の金額をご記入ください。(保有資産がない場合は「その他」欄に「0(ゼロ)」をご記入ください。)

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
加算金を返還していただくことがあります。 **裏面もご記入ください。**

收受年月日	添付	申請結果区分	承認 (1・2・3・3②)非承認
	<input type="checkbox"/> 判定シート <input type="checkbox"/> 「追加提出物について」の写し <input type="checkbox"/> 本人通帳写し <input type="checkbox"/> 配偶者通帳写し <input type="checkbox"/> 非課税証明書 (本人・配偶者)	交付年月日	年 月 日
		適用開始日	年 月 日

申請には裏面の「同意書」の記入も必要になります。

本人	番号	1点	2点	3点	代理権
代理人	住記	ケア証	証(介・健・高齢・負担)更新通	キャッシュ・クレカ・シルバス	証・更新通
確認	通力	番力	社員証・年金	通帳・診察券・図書力	登記・委任
	番力	免許			

同意書

世田谷区長 あて

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、世田谷区長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和6年 5月 13日

・介護保険負担限度額認定証を申請する被保険者の氏名・住所を記入してください。
・成年後見人の方は、住所欄には被保険者本人の住所を、氏名欄には「○○○○ 成年後見人 ××××」とご記入ください。また、登記事項証明書の写しを添付してください。

<本人>

住所 **世田谷区世田谷5丁目21番27号**

氏名 **介護 芳枝**

<配偶者>

住所 **世田谷区世田谷7丁目22番33号**

氏名 **介護 辰五郎**

配偶者がいない場合は、記載不要です。

令和6年5月13日～7月31日に申請する場合は、必ずどちらかに☑してください。

※令和6年5月13日～7月31日に申請をする際にチェックをお願いします。

- 本申請が翌年度分（令和6年8月1日～令和7年7月31日）の申請について兼ねることを同意する。
 本申請が翌年度分の申請について兼ねることに同意しない。別途申請が必要と認識している。