

世田谷区長あて  
次のおり関係書類を

介護保険の被保険者番号・マイナンバー(個人番号)をご記入ください

額認定を申請します。

フリガナ 被保険者氏名	介護 芳枝	被保険者番号	〇〇△△△×××□□
生年月日	明・大・昭 4年 5月 5日	個人番号	〇〇〇××××□□△△△
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 8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"> <li>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</li> <li>介護老人保健施設(老人保健施設) <input checked="" type="checkbox"/> 入所・ショートステイ</li> <li>介護医療院 <input checked="" type="checkbox"/> 入所・ショートステイ ・その他( )</li> </ul>		

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	カイト ツゴロウ 介護 辰五郎
	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80万円以下で住民税世帯非課税者	遺族年金・障害年金等を受給している場合は○をしてくだい(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120万円以下で住民税世帯非課税者		
<input type="checkbox"/> 年金収入等の合計が年間120万円超で住民税世帯非課税者	受給している全ての年金の保険者に○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		
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○をしてくだい。【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 2,000,000 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、右記の	申請者氏名 介護 太郎	本人との関係 子
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	

預貯金等に関する申告はいずれかの欄に必ずご記入下さい。(保有資産がない場合は「その他」欄に「0(ゼロ)」とご記入ください)

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。

裏面もご記入ください。

(区記入欄)

收受年月日	添付	申請には裏面の「同意書」の記入も必要になります	申請結果区分	承認 (1・2・3・3②)非承認
	<input type="checkbox"/> 判定シート		交付年月日	年 月 日
	<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)		適用開始日	年 月 日

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 8月 1日

- ・負担限度額認定証を発行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「〇〇〇〇 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**

配偶者の方がいらっしゃらない場合は、配偶者欄の記載は不要です。