

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和〇〇年××月△△日

(申請先)

茨城県下妻市長 様

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	カイゴ タロウ	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
被保険者氏名	介護 太郎	個人番号										
		生年月日	昭和××年△△月□□日									
住所	〒123-4567 ××市1-1					電話番号	012-345-6789					
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	〒234-5678 □□市2-2 特別養護老人ホーム〇〇〇〇〇					電話番号	123-456-7890					
入所（院）年月日 （※）	令和××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。						

配偶者の有無	有	無	配偶者の有無が「無」の場合、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	カイゴ ハナコ	※住民票上世帯が異なる配偶者（事実婚も含む）も含みます。 ※配偶者がすでに亡くなっている場合は、記入不要です。										
	氏名	介護 花子											
	生年月日	昭和□□年△△月××日	個人番号										
	住所	〒123-4567 ××市1-1					電話番号	012-345-6789					
	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									

収入等に関する 申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者										
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円以下です。（受給している年金に〇して下さい。以下同じ。） ※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。以下同じ。										
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円を超え120万円以下です。										
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。										
預貯金等に関する 申告 ※通帳等の写し は別添	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、 ③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、 ⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。										
	※申請日時点の本人と配偶者の合計額を記入してください。											
預貯金額	〇〇〇〇〇〇円	有価証券 （評価概算額）	××××××円	その他 （現金・負債を 含む）	（現金）※ △△△△△円 ※内容を記入してください。							

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

申請者氏名	介護 一郎	連絡先（自宅・携帯等）	234-567-8901
申請者住所	〒 345-6789 ××市3-3	本人との関係	子

注意事項

- 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内縁関係の者を含みます。
- 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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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。