

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

提出する日付を記入

令和 年 月 日

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	ミヨシ タロウ	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
氏 名	三芳 太郎	個人番号										
		性 別	男									
生年月日	明 大 昭 1 1 年 1	住民登録地の住所を記入										
住 所	〒 3 5 4 - 0 0 4 1 埼玉県入間郡三芳町大字藤久保 1 1 0 0 - 1 連絡先 0 4 9 - 2 5 8 - 0 0 1 9											
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	所在地 入所中の施設の名称・住所・電話番号を記入 名 称 連絡先											
入所（院）年月日（※）	昭 ・ 平 ・ 令 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	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	ミヨシ ハナコ										
	氏 名	三芳 花子 配偶者の氏名を記入										
	生年月日	明 大 昭 2 2 年 2 月 2 2 日										
	住 所	〒 ご本人と、住民登録地が異なる場合に記入 連絡先										
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒 令和〇年1月1日の住民登録地が、町外である場合に記入										
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税 申請年の1月1日の住民登録地が町外で、非課税に○を付けた場合は、必ず非課税証明書を添付してください											

収入等に関する申告	☐	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金・預貯金額等が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。											
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、本人の課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】の合計額が年額82.65万円以下です。（受給している年金に○をしてください）											
	☐	かつ、預貯金額等が650万円（夫婦は1,650万円）以下である。 ※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。											
	☒	市町村民税世帯非課税者であって、本人の課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】の合計額が年額82.65万円を超え、120万円以下です。かつ、預貯金額等が500万円以下です。 ※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。											
預貯金等に関する申告	預貯金額	5,000,000 円				有価証券（評価概算額）	2,000,000 円				その他（現金・負債を含む）	-1,000,000 円	
※第2号被保険者は、預貯金額等が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。 ※預貯金・有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりです。													

申請者氏名	※ 申請者が、被保険者本人の場合は、下記のとおり記入してください。										
申請者住所	連絡先（自宅・携帯・勤務先） 本人との関係										

- ① 配偶者がいる場合は、必ず夫婦の合計金額を記入してください
- ② 預貯金額を記入し、夫婦全ての通帳のコピーを添付してください
- ③ 有価証券は現在の評価概算額を記入し、価格評価を確認できる書類を添付してください（但し、書類の入手が容易な場合に限り）
- ④ 申告欄に入りきらない場合は、別紙（任意様式）に記入の上添付

被保険者本人以外が申請する場合 申請者・申請者住所・連絡先・本人との関係を記載ください