

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和 5年 8月 1日

加美町長 殿

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	0003001234
被保険者氏名	介護 太郎	個人番号	
生年月日	明・大 昭 4年 11月 24日		
住 所	〒981-4252 加美町字西田四番7番地1	個人番号（マイナンバー）は空欄でかまいません。	
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	老人保健施設等に入所している場合は、 施設名、入所日を記載してください	連絡先	0229-63-7872
入所（院）年月日 （※）	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。	
フリガナ	カイゴ ハナコ		
氏 名	介護 花子		
生年月日	明・大 昭 5年 6月 13日	個人番号	
住 所	〒981-4252 加美町字西田四番7番地1	連絡先	0229-63-7872
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"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税で合計額が、1,000万円（配偶者がいる場合は1,550万円）以下。	令和4年中の収入の状況であてはまるところをチェックしてください。 遺族年金・障害年金を受給している場合は、受給している年金をマルで囲んでください。				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下かつ預貯金、有価証券等の合計額が650万円（配偶者がいる場合は1,650万円）以下。 （受給している年金にOLして下さい） ※ 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 checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下かつ預貯金、有価証券等の合計額が550万円（配偶者がいる場合は1,550万円）以下。 （受給している年金にOLして下さい）					
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円超かつ預貯金、有価証券等の合計額が550万円以下。					
預貯金等に関する申告	預貯金額	1,234,567円	有価証券（評価概算額）	円	その他（現金・負債を含む）	円	※内容を記入して下さい

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	介護 一郎	連絡先（自宅・勤務先）	090-1234-5678
申請者住所	〒981-4252 加美町字西田四番7番地1	本人との関係	長男

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯外配偶者を除き、世帯内配偶者を指します。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数添付してください。
- 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。

申請書を記入した方が本人以外の場合、記入した方の氏名、住所、電話番号、続柄を書いてください。