

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

遺族・障害年金受給者の方は、今年の年金振込通知書も併せてご提示ください。

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 被保険者氏名	-----	被保険者番号	
		個人番号	
生年月日		性別	
住 所	〒	連絡先	
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒	連絡先	
入所（院）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	<input checked="" type="radio"/> 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	イチカワ ハナコ	配偶者（内縁関係を含む）がない場合は記入不要です。
	氏 名	市川 花子	
	生年月日	昭和20年1月10日	
	住 所	〒	
	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	<input checked="" type="radio"/> 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80,9万円以下です。（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80,9万円を超え、120万円以下です。				
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）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1000万円（夫婦は2000万円）以下です。				
	預貯金額	11,000,000 円	有価証券 (評価概算額)	0 円	その他 (現金・負債を含む)	(0) 円

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	いちかわ 次郎	連絡先（自宅・勤務先）	0790-26-1010
申請者住所	〒 679-2315	本人との関係	子
兵庫県神崎都市川町西川辺165-3番地			

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」は、被保険者本人の配偶者を指します。
- (2) 預貯金等については、同じ通帳の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白を有効に活用してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に支給された場合は、返還請求の対象となります。

必ず、本人及び配偶者の預貯金・定期預金等に関する添付書類（通帳等の写し）を提出してください。

預貯金通帳は最終の残高（申請日から2か月以内）が分かる部分の写しが必要です。