

介護保険負担限度額認定申請書

記載例

(あて先) 田上町長

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

次のとおり関係書類を添えて、食事・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	タガミ タロウ		被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	*	*
被保険者氏名	田上 太郎		個人番号										
生年月日	明・大	昭 17 年	○ 月	○ 日	性別	女							
住所	〒959-1503 田上町大字原ヶ崎新田○○○○番地○		連絡先	0256-57-△△△△									
入所（院）した介護保険施設の所在地及び	〒959-1502 田上町大字田上△△△△番地△ 特別養護老人ホーム ○○○○		連絡先	0256-57-□□□□									
配偶者の有無は、世帯が同じかどうかは問いません。また、内縁関係の方も含みます。	年	□ 月	□ 日	(※) ショー	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	タガミ ハナコ												
	氏名	田上 花子												
	生年月日	明・大	昭 21 年	○ 月	○ 日	個人番号								
	住所	田上町大字原ヶ崎新田○○○○番地○ 連絡先 0256-57-△△△△												
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	課税 非課税													
課税状況	該当すると思われる箇所にチェック✓を付けてください。													

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村民税	重要 遺族年金または障害年金を受給している場合、忘れずに○をしてください。										
	<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が年額 80 万円以下です。 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金、障害年金を含まず。以下同じ。	年金を複数受給している場合、全ての保険者に○をしてください。 ・日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私学共済										
預貯金等に関する申告	<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 万円を超えます。											
	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が 1000 万円（夫婦は 2000 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	預貯金額	7,654,321 円	有価証券 (評価概算額)	0 円	その他 (現金・負債を含む)	1,000,000 円	(タンス預金) ※				

配偶者がいる場合は、夫婦の合計額を記入してください。預貯金等の通帳の写しを添付してください。	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。	連絡先（自宅・勤務先）	0256-52-○○○○		
	○番地○	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、内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金をすべてを記入してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入するか又は、記入してください。
- 虚偽の申告により不正に特定入所者介護費には、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。

本人以外の代理人が申請する場合に記入してください。