

介護保険負担限度額認定申請書

記載例

(あて先) 田上町長

令和〇年〇月〇日

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	00000123**				
被保険者氏名	田上 太郎	個人番号	記入不要です。				
生年月日	明(大)・昭 年 月 日	性別	男()・女				
住所	〒959-1503 田上町大字原ヶ崎新田〇〇〇〇番地〇	連絡先	0256-57-△△△△				
入所(院)した介護保険施設の所在地及び	〒959-1503 田上町大字田上〇〇〇〇番地〇	連絡先	0256-57-△△△△				
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 年 月 日	個人番号	記入不要です。			
	住所	田上町大字原ヶ崎新田〇〇〇〇番地〇					
	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()				
収入等および預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者					
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 ○課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額合計額が年額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、遺児年金を含みます。以下					
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 ○課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超え120万円以下です。 ○預貯金、有価証券の金額の合計が 650万円(夫婦の場合は1,650万円)以下です。 ※65歳未満の場合、1,000万円(夫婦の場合は2,000万円)以下です。					
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 ○課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。 ○預貯金、有価証券の金額の合計が 550万円(夫婦の場合は1,550万円)以下です。					
	預貯金額	5,240,000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)※
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。							
申請者住所	羽生田 一郎 田上町羽生田〇〇〇〇番地〇			連絡先(自宅・勤務先)	0256-52-〇〇〇〇		
				本人との関係	長男		

配偶者の有無は、世帯が同じかどうかは問いません。また、内縁関係の方も含まれます。

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。

記入不要です。

遺族年金または障害年金を受給している場合、忘れずに〇をしてください

該当すると思われる箇所にチェック☑を付けてください。

年金を複数受給している場合、全ての保険者に〇をしてください。

- の年金の〇をしてください
- 日本年金機構
- 地方公務員共済
- 国家公務員共済
- 私学共済

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

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。

注意事項

- この申請書における「配偶者」については
 - 預貯金等については、同じ種類の預貯金を
 - 書き切れない場合は、余白に記入するか
 - 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サ
- に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金

者を含みます。
入してください。
保険法第22条第1項の規定に