

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

●●年 ○月 ◇日

(申請先)

下田市長あて

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。

介護保険被保険者証の番号を記載してください。

フリガナ	シモダ タロウ	被保険者番号	0000123456
被保険者氏名	下田 太郎	個人番号	○▲◇▼○●△■◇●△○
生年月日	昭和○年 ■△月 ◇日	性別	男・女
住所	〒 415-××△△ 下田市○丁目△番××号	個人番号を記入してください。 独居の方の代理申請等で、 どうしても番号がわからない 場合は省略可能です。	0558-22-××××
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	〒 415-□□×× 下田市△丁目□番○○号 下田○×木		
入所（院）年月日 （※）	平成○○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	シモダ ハナコ		
氏名	下田 花子		
生年月日	昭和 ○年 ●月 ▲日	個人番号	○▲◇▼○●△●◇●◇■
住所	〒 415-××△△ 下田市○丁目△番××号	連絡先	0558-22-××××
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	どちらかを○で 囲んでください。	

収入等に関する申告	☐	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		
	☐	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80万円以下です。 （受給している年金に○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。		
	☐	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80万円を超え、120万円以下です		
	☒	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	☒	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	3,592,235 円	有価証券 （評価概算額）	0 円
		生命保険、貴金属、その他不動産は含まれません。	負債がある場合は借用書を添付してください。	

全ての通帳の合計金額（定期預金含む）を記入してください。

生命保険、貴金属、その他不動産は含まれません。

負債がある場合は借用書を添付してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記の欄に記入してください。

申請者氏名	下田 金太郎	連絡先（自宅・勤務先）	090-○○●●-○○●●
申請者住所	〒415-××△△ 静岡県下田市○丁目△番××号	記入した方の氏名、住所、電話番号、続柄を記載してください。	長男

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 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。
- (4) 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。