

記入例

(※裏面あり)

介護保険負担限度額認定申請書

12ケタの個人番号を記載してください。(配偶者が「有」の場合、配偶者の個人番号も配偶者欄に記載してください)

※それぞれ写しの添付が必要です

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

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号 個人番号																			
住所	〒	生年月日	年	月	日	年	月	日													
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	〒	入所(院)年月日 (※)	年	月	日	(※)介護保険が ショートステイを															
配偶者の有無	有 ・ 無		配偶者の有無が「無」の場合、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 フリガナ 氏名 生年月日 住所	フリガナ																				
	氏名																				
	生年月日	年																			
住所	〒																				
課税	課税 ・ 非課税																				
収入等に関する申告	<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】の年額82.65万円以下です。(受給している年金 ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金) <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】の年額82.65万円を超え、120万円以下です。 <input 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】の年額120万円を超えます。		<p>②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者</p> <p>預貯金額等をご記入ください。(通帳が複数ある場合はその合計額) ※通帳等の写しの添付が必要です</p> <p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 預貯金額 : 502,358 円 ・ 有価証券 : 0 円 ・ その他 : 負債△2,000,000 円 																		
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/> ③の方は650万円(同1,650万円) <input type="checkbox"/> ④の方は500万円(同1,500万円) <input type="checkbox"/> ⑤の方は500万円(同1,500万円) ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方		預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	円	※内容を記入してください												

入所している介護保険施設を記入してください。※ショートステイの場合は記入不要です。

「有」「無」のどちらかに○をつけてください。配偶者「無」の場合は、以下の記入不要です。「有」の場合、枠内を全てご記入ください。(内縁の者を含みます。)

非課税年金を受給している場合は、受給している年金に○をつけてください。

預貯金額等をご記入ください。(通帳が複数ある場合はその合計額)
※通帳等の写しの添付が必要です

(例)

- ・ 預貯金額 : 502,358 円
- ・ 有価証券 : 0 円
- ・ その他 : 負債△2,000,000 円

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所 〒	本人との関係

注意

本人以外が申請書を提出する場合、必ず記入してください。(内容についてお問い合わせすることがあります。)

難をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
 有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
 記入の上添付してください。
 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、
 なくことがあります。