

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

年 月 日

(申請先) 千早赤阪村

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	千早 太郎	被保険者番号	0000012345
生年月日	昭和3年2月1日	個人番号	
住 所	〒 585-8501 千早赤阪村大字水分180番地	性別	☒ 男 ☐ 女
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 585-0041 千早赤阪村大字水分195番地1 特別養護老人ホーム○○	連絡先	0721-72-0081
入所(院)年月日(※)	平成 1 年 1 月 1 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。	

記載されている内容に間違いがないか確認してください。

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 氏 名	千早 花子	
	生年月日	明・大・ ☒ 昭 3 年 2 月 1 日	個人番号
	住 所	〒 585-8501 千早赤阪村大字水分180番地	
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	配偶者の令和3年1月1日時点の住所が千早赤阪村ではない場合は、住民税非課税証明書を添付してください。	
	課税状況	市町村民税 課税 ☒ 非課税	

配偶者の住民票所在地を記入してください。

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課税年金受給者である者であって、【障害年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が(受給している年金に〇して下さい。以下同じ。)				
収入等に関する申告	☒	④課税年金受給者である者であって、【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(受給している年金に〇して下さい。以下同じ。)				
	☐	⑤市町村民税非課税世帯に属する者であって、【障害年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が(受給している年金に〇して下さい。以下同じ。)				
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☒	1 配偶者がいる場合は、夫婦の合計額を記入してください。 2 有価証券は現在の評価概算額を記入してください。 3 「その他」には、お持ちの現金(タンス預金など)、負債(借金、ローン)を記入してください。 負債の場合は、金額の前に「(マイナス)」を記入してください。 ※上記について、「提出書類について」を参考に通帳、証書等のコピー添付してください。				
	☐	預貯金等に関する申告(以下同じ) ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。				
預貯金額		1,000,000 円	有価証券(評価概算額)	1,000,000 円	その他(現金・負債を含む)	(現金 500,000) ※ 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	申請者氏名、申請者住所は記載不要です。
申請者住所	

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。