

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

佐那河内村長 様

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	トクシマ タロウ	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
姓	島 太郎	個人番号	1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6
生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	・ 女
住所	△△番地△	連絡先	
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番地〇 特別養護老人ホーム△△荘	連絡先	××-××××
入所(院)年月日	〇〇 〇〇年 〇〇月 〇〇日	<input type="checkbox"/> (※)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。	
配偶者に関する事項	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 トクシマ ハナコ 徳島 花子 年 月 日 個人番号 9 9 8 8 7 7 6 6 5 5 4 4 △△市△△町△丁目△番地△ 連絡先 ××-××××	<input type="checkbox"/> 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。	
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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 非課税		

介護保険施設に入所(院)している場合に記入してください。ショートステイの利用の場合は記入不要です。

認印 (朱肉を使った印)

配偶者「有」の場合に記入してください。(同じ世帯の場合も記入してください。)

非課税年金の受給状況について当てはまるものに〇をしてください。

<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 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80万円以下です。 <small>(受給している年金に〇して下さい) ※遺族年金、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。</small>
<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【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。 <small>(受給している年金に〇して下さい)</small>

夫婦の場合、合計額だけの記入でかまいません。

非課税年金がある場合 受給している年金の保険者すべてに〇をしてください。 日本年金機構 地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済

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に記入してください。

預貯金額	3,000,000 円	有価証券(評価概算額)	2,500,000 円	その他(現金・負債を含む)	(現金)※ 1,000,000 円
------	-------------	-------------	-------------	---------------	----------------------

申請者氏名 佐那河内 一郎 連絡先(自宅・勤務先) ××-××××

申請者住所 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番地〇 特別養護老人ホーム△△荘 本人との関係 施設職員

送付先を選んで〇をご記入ください。

被保険者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。(申請書や添付書類の内容について、お問い合わせする場合があります。)

- 注意事項
- この申請書には、本人及び配偶者の収入証明書を添付してください。
 - 預貯金等について、通帳等の写しを添付してください。
 - 書き切れない場合は、複数枚添付してください。
 - 虚偽の申告に基いて認定された場合は、法第22条第1項の規定に基づき、認定を取り消す場合があります。

本人及び配偶者の預貯金通帳等の写し(以下の①・②)の添付が必要です。(生活保護受給者、境界層該当者については必要ありません。)
①銀行名・支店・口座番号・名義の分かる部分の写し
②最終の残高(申請日の直近2か月以内)が分かる部分の写し

保険者	備考	受付	入力	確認
記入欄				

ここには何も記入しないでください。