

## 記入例

## 介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

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	ミトヨ タロウ 三豊 太郎	被保険者番号	0123456789
生年月日	昭和〇年〇月〇日	個人番号	012345678901
住 所	〒 767-8585 三豊市高瀬町下勝間2373番地1	連絡先	0875-73-3017
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	連絡先		.....
入所（院）年月日（※）	個人番号が分かるものの提示（個人番号カード等） 窓口にご利用の方の本人確認書類（個人番号カード、運転免許証等）		ない場合及び記入不要です。

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 氏 名	ミトヨ ハナコ 三豊 花子		
生年月日	昭和△年△月△日	個人番号	123456789123
住 所	〒 768-8601 観音寺市坂本町一丁目1番1号	連絡先	同上
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	

非課税年金（遺族年金・障害年金）も収入の要件に加わります

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	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			
	<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〇して下さい。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。			
	<input checked="" 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。			
	<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 ※通帳等の写しは別添	<input checked="" type="checkbox"/>	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	4,500,000 円	有価証券（評価概算額）	500,000 円	その他（現金・負債を含む）	タンス預金：100,000 円 ※内容を記入してください

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	三豊 豊子	★有価証券や投資信託、出資等の □ 残高等の写しを添付	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	〒 769-1101 三豊市詫間町詫間1338番地13	※成年後見人が選任されている場合は 〇〇 〇〇成年後見人〇〇 〇〇 住所 △△△	本人との関係 子

## 注意事項

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

★負債の場合は借用証書の写し等添付