

## 記入例

## 介護保険負担限度額認定申請書

令和 7 年 8 月 1 日

(申請先)

三豊市長様

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<br>被保険者氏名           | ミトヨ タロウ<br>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<br>三豊市高瀬町下勝間2373番地1                    | 連絡先           | 男<br>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）<br>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<br>氏 名            | ミトヨ ハナコ<br>三豊 花子             |      |                                           |
| 生年月日                   | 昭和△年△月△日                     | 個人番号 | 123456789123                              |
| 住 所                    | 〒 同上<br>同 上                  | 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） | 〒 768-8601<br>観音寺市坂本町一丁目1番1号 |      |                                           |
| 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 80.9 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。）<br>※ 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。                            | 受給している全ての年金の保険者に〇して下さい<br>日本年金機構<br>地方公務員共済<br>国家公務員共済<br>私学共済 |           |               |                                 |
|                         | <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 80.9 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<br>※通帳等の写しを添 | <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。<br>※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<br>※内容を記入してください |

|       |                                     |                                                                          |                                    |
|-------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 申請者氏名 | ★有価証券や投資信託、出資等の口座残高等の写しを添付<br>三豊 豊子 | 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。<br>※成年後見人が選任されている場合は<br>〇〇 〇〇 成年後見人 □□ □□ | 連絡先（自宅・勤務先）<br>090-1234-567・<br>長女 |
| 申請者住所 | 〒 769-1101 三豊市詫間町詫間1338番地13         | 住所 △△△<br>（・後見人が証明できる登記事項証明書等が必要）                                        | 本人との関係                             |

## 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