

## 記入例

## 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

泉崎村長 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	イズミザキ タロウ	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	
被保険者氏名	泉崎 太郎	個人番号											
		生年月日	昭和 10年 4月 5日										
住所	泉崎村大字〇〇字△△1-2										電話番号	0248-〇〇-0123	

入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	西白河郡泉崎村大字〇〇字▲▲1-1										電話番号	0248-〇〇-0123		
	〇〇ホーム													
入所(院)年月日(※)	令和 ●年 ▲月 ◇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。										

配偶者の有無	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。													
配偶者に関する事項	フリガナ													
	氏名													
	生年月日	個人番号												
	住所	適宜必要な情報を記載してください										電話番号		
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	電話番号												
課税状況	市町村民税													

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ください) ※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 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 type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1,000 万円(夫婦は 2,000 万円)、③の方は 650 万円(同 1,650 万円)、④の方は 550 万円(同 1,550 万円)、⑤の方は 500 万円(同 1,500 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1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。										
	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	( ) ※	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、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、その全てを記入し、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。