

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

記入例

あて

提出する日付を記入

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	ミヨシ タロウ	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
被保険者氏名	三芳 太郎	個人番号										
生年月日	S 11年 1月	性 別	男									
住 所	〒 3 5 4 - 0 0 4 1 埼玉県入間郡三芳町大字藤久保1100-1 連絡先 04											
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 入所中の施設の名称・住所・電話番号を記入 連絡先											
入所（院）年月日（※）	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	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	ミヨシ ハナコ	氏 名 三芳 花子 配偶者の氏名を記入									
	生年月日	S 2 2年 2月 22日	個人番号									
	住 所	〒 ご本人と、住民登録地が異なる場合に記入 連絡先										
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒 本年1月1日の住民登録地が、町外である場合に記入										
	課 税 状 況	市町村民税	課 税	非課税	本年1月1日の住民登録地が町外で、非課税に○を付けた場合は、必ず非課税証明書を添付してください							
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/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（受給している年金に○をしてください。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 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（受給している年金に○をしてください。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。										
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他（受給している年金に○をしてください。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。										
※通帳等の写しは別添	預貯金額	1,000,000	円	有価証券（評価概算額）	0	円	その他（現金・負債を含む）	() ※ 円				

- ① 配偶者がいる場合は、必ず夫婦の合計金額を記入してください。
- ② 預貯金額を記入し、夫婦全ての通帳のコピーを添付してください。
- ③ 有価証券は現在の評価概算額を記入し、価格評価を確認できる書類を添付してください（但し、書類の入手が容易な場合に限る）。
- ④ 申告欄に入りきらない場合は、別紙（任意様式）に記入の上添付してください。
- 負債がある場合は、必ず-（マイナス）を記入し、必ず借用書等を添付してください

(1) ...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所有している場合は、その全てを記入してください。

(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) 虚偽の申請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。