

介護保険負担限度額認定申請書（記入例）

（申請先）宝塚市長 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 被保険者氏名	タカラヅカ タロウ 宝 塚 太 郎	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日	個人番号	記入不要
住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 宝塚市 〇 〇 町 1 0 1	性別	男
連絡先	0 7 9 7 - 〇〇 - 〇〇〇〇		
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 入所している施設の所在地と名称を記入してくださ い。	連絡先	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
入所(院) 年月日(※)	〇〇年〇月〇日	(※)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	<input checked="" type="radio"/> 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、記入不要です。	
配 偶 者 に 関 する 事 項	フリガナ 氏 名	タカラヅカ ハナコ 宝 塚 花 子	
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日	個人番号 記入不要
	住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 宝塚市 〇 〇 町 1 - 1	連絡先 0 7 9 7 - 〇〇 - 〇〇〇〇
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と 異なる場合)	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市 〇 〇 町 2 - 2	配偶者(夫または妻)がいる方で、住所が 異なる場合や世帯分離等により世帯が 異なる場合であっても、必ずご記入くだ
	課税状況	市町村民税 課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税	

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80万9千円以下です。（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80万9千円を超え、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	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1 0 0 0 万円(夫婦は2 0 0 0 万円)、③の方は6 5 0 万円 (同1 6 5 0 万円)、④の方は5 5 0 万円 (同1 5 0 万円)以下です。 有価証券・その他がない場合は、0 (円) と記入してください。			
預貯金額を確認し、 必ず記入して下さい。		2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合	です。		
預貯金額	193,000 円	有価証券 (評価概算額)	0 円	その他 (現金・負債 を含む)	(現金)※ 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	東 洋 花 子	連絡先(自宅・勤務先)	0 9 0 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
申請者住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇 〇 市 〇 〇 町 3 - 3	本人との関係	長女

注意事項

- (1) この申請書における「記入例」は、あくまで参考とさせていただきます。
- (2) 預貯金等については、添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、複数枚提出してください。
- (4) 虚偽の申告により不正受給が発覚した場合、その不正受給額に相当する金額を支払うこととなります。

この申請書を書かれた方の氏名・住所・電話番号・本人との関係をお書きください。
申請書に不備や、不明な点がある場合は連絡をとらせていただく場合があります
ので、連絡のつきやすい電話番号を記入願います。