

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 個人番号	0000123456 記入不要
生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日	性別	男
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 宝塚市 ○ ○ 町 1 0 1	連絡先	0797-〇〇-〇〇〇〇
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 所在地不明の場合は名称のみでも可。
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 <input type="radio"/> 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 <input type="text"/> 記入不要
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 宝塚市 ○ ○ 町 1 - 1	連絡先 0797-〇〇-〇〇〇〇
	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 ○ ○ 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、必ずご記入ください。
	課税状況	市町村民税 課税 <input type="radio"/> 非課税	

収入等に 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80万9千円を超える、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120万円を超える。		
	預貯金等に	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)以下です。 預貯金額を確認し、 必ず記入して下さい。	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 193,000 円	有価証券 (評価概算額) 0 円	その他 (現金・負債を含む) 0 円	(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) 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
申請者住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 ○ ○ 市 ○ ○ 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「
- 預貯金等については、
を添付してください。
- 書き切れない場合は、
虚偽の申告により不正

の規定に基づき、支給されない場合は、取扱いを承認する旨を記入して下さい。

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。