

# 記入例

## 介護保険負担限度額認定申請書

3年 7月 10日

(申請先) 筑紫野市長

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。

高齢者支援課窓口への提出日  
もしくは郵送日を記入

フリガナ	チクシ タロウ			被保険者番号	0	0	0
被保険者氏名	筑紫 太郎			個人番号	XXX XXX XXX		
				生年月日	年	月	日
住所	筑紫野市△-△-△			連絡先	092-XXX-XXXX		
入所(院)した 介護保険施設の所在 地及び名称(※)	筑紫野市XXX〇-〇 特別養護老人ホーム □□□			連絡先	092-OXX-XXXX		
入所(院)年月日(※)	令和 〇年 〇月 〇日			(※)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、記載不要です。			
配偶者に関する事項	フリガナ	チクシ ハナコ		個人番号	XXX XXX XXX		
	氏名	筑紫 花子		生年月日	昭和〇年 〇月 〇日		
	住所	筑紫野市〇〇△-△-△		連絡先	092-XXX-XXX		
	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日に配偶者が現住所(上記の住所)と異なる場合は記入してください。					
	課税状況	市町村民税		課税	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 非課税	

収入および 預貯金等に関 する申告	負担段階	収入の状況	預貯金等の資産状況		
	①	<input type="checkbox"/>	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	単身:1,000万円以下 夫婦:2,000万円以下	
②	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と 【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下 (受給している年金に〇をつけて下さい。以下同じ。)	単身: 650万円以下 夫婦:1,650万円以下		
③-1	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と 【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下	単身: 550万円以下 夫婦:1,550万円以下		
<p>預貯金額等は、本人+配偶者の合計金額</p> <p>者で、課税年金収入額と合計所得金額と 【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超える</p>			単身: 500万円以下 夫婦:1,500万円以下		
<p>生活保護受給者の場合、預貯金等の資産状況は問いません。第2号被保険者の場合、利用者負担段階 に問わず預貯金等の資産が単身:1,000万円以下、夫婦:2,000万円以下であれば対象となります。</p>					
預貯金額	200,000 円	有価証券 (評価概算額)	0 円	その他 ※現金・負債含む ※()内に内容を記入	(現金) 500,000 円

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	筑紫 花恵 (申請書記入者)	連絡先(自宅・勤務先)	092-923-1111
申請者住所	筑紫野市石崎1-1-1	本人との関係	子

### 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、その旨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、申請内容の確認等でご連絡させていただきます。
- 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。