

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

7 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。

フリガナ	チクシ タロウ	被保険者番号	0 0 0	高齢者支援課窓口への提出日 もしくは郵送日を記入
被保険者氏名	筑紫 太郎	個人番号	XXX XXX XXX	
生年月日	年 月 日	性別	男	女
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	092-〇XX-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	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	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	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	☐	・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	☒	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】収入額合計が年額 80 万 9 千円以下 (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	☐	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】収入額合計が年額 80 万 9 千円超 120 万円以下			単身: 550 万円以下 夫婦:1,550 万円以下
	※遺族年金・障害年金 預貯金額等は、本人+配偶者の合計金額 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】収入合計額が年額 120 万円を超える					単身: 500 万円以下 夫婦:1,500 万円以下
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 に関ら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。						
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-XXX-XXXX
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
- (1) 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保有している場合は、その旨を添付してください。
- (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、提出してください。
- (4) 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。
- 申請内容の確認等でご連絡させていただきます。