

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和 元年 〇月 〇日

糸満市長

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

空白可。
(記入する場合は、個人番号通知カード持参)

| | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|---|------------|
| フリガナ | イトマン タロウ | 被保険者番号 | 0000123456 |
| 被保険者氏名 | 糸満 太郎 | 個人番号 | |
| 生年月日 | 明・大・昭 5年 5月 5日 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 糸満市潮崎町1丁目1番地 糸満園 電話番号 〇〇〇-□□△△ | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 糸満市潮崎町1丁目1番地 糸満園 電話番号 〇〇〇-□□△△ | | |
| 入所 | 平・令 〇〇年 〇月 〇〇日 | (※)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。 | |

必ず記入

空白可。

| | | |
|------------------------|-------------------------------|---|
| 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。 |
| フリガナ | イトマン ハナコ | |
| 氏名 | 糸満 花子 | |
| 生年月日 | 明・大・昭 8年 8月 8日 | 個人番号 |
| 住所 | 糸満市字糸満〇〇〇〇番地 電話番号 〇〇〇-×××× | |
| 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) | | |
| 課税状況 | 市町 | 非課税 |

空白可。
(記入する場合は、個人番号通知カード持参)

遺族年金や障害年金を含む年金総収入と合計所得の合計が80万円を超すかどうか。該当を必ず選択!

「遺族年金」か「障害年金」をもらっている場合は〇印をして下さい。

必ず申告
(該当選択)

| | | |
|------------|---|---|
| 収入等に関する申告 | <input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者 | |
| | <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、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80万円以下です。 ※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。 | 受給している全ての保険者に〇して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済 |
| 預貯金等に関する申告 | <input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、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80万円を超えます。 | あてはまるものに〇印。必須! |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | |
| | 預貯金額 | 1,234,567 円 |
| | 有価証券(評価概算額) | 0 円 |
| | その他(現金・負債を含む) | 0 円 |

必ず申告

預貯金残高。
(複数の預貯金の場合は「合計」)

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 | 糸満 一郎 | 連絡先(自宅・勤務先) | 〇〇〇-×××× |
| 申請者住所 | 糸満市字糸満〇〇〇〇番地 | 本人との関係 | 長男 |

必ず記入

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の者を含みます。
- 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、そのすべてを記入し、通帳等の写し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添付してください。
- 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。