

介護保険負担限度額認定申請書

記載例

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	シマト 太郎 島本 太郎	被保険者番号	000009999
生年月日	昭和×年×月×日	施設に入所中(ショートステイを除く)の場合、施設の名称等をご記入ください。	
住所	〒618-8570 大阪府三島郡島本町桜井二丁目1番1号		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称※	〒618-8570 介護老人保健施設××× 電話 075-961-5151		
入所(院)年月日(※)	令和7年1月1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	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 氏名	シマト ハナコ 島本 花子	生年月日	明・大・昭 ××年 ×月 ×日
	住所	〒618-8570 大阪府三島郡島本町桜井二丁目1番1号	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 0 0
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	連絡先 075-962-2864	課税状況	課税
	該当箇所をチェックしてください。		非課税年金を受給している場合、必ず○をつけてください。	

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 checked="" 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80.9万円以下です。(受給している年金に○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 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80.9万円を超え、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	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)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。	
	預貯金額	※5,000,000 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

本人及び配偶者の合計の預貯金額、有価証券の評価概算額をそれぞれご記入下さい(通常の預貯金と有価証券にかかものは分けてください)。確認書類として、すべての通帳等の写しを添付してください。	本人、配偶者のタンス預金(現金)・負債等の金額をご記入ください。書ききれない場合、余白に記入するか別紙に記入の上で添付してください。
--	--

- 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所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書ききれない場合は、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。