

記載例

介護保険負担限度額認定申請書

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	シマモト タロウ	被保険者氏名	島本 太郎
生年月日		住所	〒618-8570 大阪府三島郡島本町桜井二丁目1番1号
住所		連絡先	
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称※		連絡先	
入所（院）年月日※	昭・平 年 月 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。	

施設に入所されている方は、施設の名称・住所・電話番号入所年月日をご記入ください。

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 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	シマモト ハナコ	氏名	島本 花子
生年月日	明・大・昭 ○年 ○月 ○日	個人番号	〒618-8570 大阪府三島郡島本町桜井二丁目1番1号
住所		課税状況	市町村税 課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）		課税	

該当する箇所にチェックをお願いします。

非課税年金を受給している場合、必ず〇をしてください。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活介護受給者／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80万円以下です。（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 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80万円を超え、120万円以下です。				
預貯金等に関する申告	<input checked="" 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、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	円	有価証券（評価概算額）	円	その他（現金・負債を含む）	※（ ）	円

※内容を記入してください。被保険者本人の場合には、下記の内容は記入不要です。

申請者氏名	シマモト タロウ	連絡先電話番号	
申請者住所	〒618-8570 大阪府三島郡島本町桜井二丁目1番1号	本人の預貯金・有価証券	

本人、配偶者の合計の預貯金額、有価証券の金額をご記入下さい。確認書類のため、通帳や口座残高等の写しを添付してください。（通常の預貯金と、有価証券にかかると分けて記載してください）

本人、配偶者のタンス預金（現金）・負債がある場合、金額をご記入ください。書き切れない場合、余白に書くか別紙に記入のう

- ＜注意事項＞
- この申請書に添付している配偶者の収入等に関する申告は、本人の申告と一致している場合は、その収入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。