

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

記入例

小田原市長 様

食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

フリガナ	カイゴ ハナコ	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6		
被保険者氏名	介護 花子	個人番号	0	0	0	0	0	0	6	5	4	3	0	0
生年月日	明・(大)・昭 〇年 〇月 〇日	性別	男 ・ (女)											
住所	〒250-0042 小田原市荻窪 300		電話番号 0465-33-1300											
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称※	〒250-0042 小田原市荻窪 ×××		電話番号 0465-33-1827											
入所(院)年月日※	昭・平・令 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。											

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	カイゴ タロウ	<p>申請にあたっては、本人のマイナンバーカード又は番号通知カードと提出者の身分確認書類（運転免許証等）の提示が必要です。 マイナンバーが分からない場合は空欄にしてください。</p>											
	氏名	介護 太郎												
	生年月日	明・(大)・昭・平 〇年〇月〇日												
	住所	〒250-0042 小田原市荻窪 300												電話番号 0465-33-0000
	本年1月1日時点の住所※	〒250-0042 〇〇県△△市 ××1-2-3												※理合等の上乗せの場合のみ記入してください。
	課税状況	市町村民税												課税 ・ (非課税)

収入、預貯金等に関する申告	<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高齢福祉年金受給者です。											
	<input checked="" type="radio"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、非課税年金（遺族年金・障害年金）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。（受給している非課税年金の種類に○を付けてください。）	左の年金に係る年金保険者										
	<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、非課税年金（遺族年金・障害年金）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。（受給している非課税年金の種類に○を付けてください。）	<input checked="" type="radio"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済組合 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済組合 <input type="checkbox"/> 日本私立学校振興・共済事業団										
	<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、非課税年金（遺族年金・障害年金）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200万円以下です。（受給している非課税年金の種類に○を付けてください。）											
	<input checked="" type="radio"/>	⑥市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、非課税年金（遺族年金・障害年金）収入額その他の合計所得金額の合計額が年額200万円を超えます。（受給している非課税年金の種類に○を付けてください。）	※第2号被保険者（40万円）以下です。 ※預貯金、有価証券等に係る通帳等（配偶者分を含む。）の写しは、別添のとおりです。										
預貯金額		有価証券（評価概算額）	その他（現金・負債を含む） ※										
円		円	円 ※内容を記入してください。										

金融機関名、口座番号や支店名の分かるページと預貯金残高の分かるページのコピーを添付してください。なお、直近2か月以内に記帳したものとします。

受給している非課税年金の種類と年金の保険者に○を付けてください。

申請者が被保険者の場合には、下記について記載は不要です。 ※内容を記入してください。

記入者氏名	電話番号
記入者住所 〒	本人との関係

- 注
- この申請書における「配偶者」には、内縁関係の方や住民票上世帯が異なる配偶者を含みます。
 - この申請書における「遺族年金」には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。
 - 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、その全てを記入し、通帳の写しを添付してください。
 - 記入欄が不足する場合は、余白に記入するか、又は別紙に記入した書類を添付してください。
 - 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。

市記入欄

①非課税年金収入額	円	預貯金等金額	円
②課税年金収入額	円	()人世帯	
③合計所得金額	円	世帯課税 有・無	本人課税 有・無
①+②+③	円	第 段階 (年 月 日から適用)	