

# 介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

年 月 日

小美玉市長 様

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	オミタマ タロウ	被保険者番号	0	1	0	0	1	2	3	4	5	6
	小美玉 太郎	個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
		生年月日	年	月	日	年	月	日				
住所	小美玉市上玉里 1122	別紙「個人番号（マイナンバー）の取り扱いについて」を参照してください。										
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	小美玉市上玉里 1122 特別養護老人ホーム 小美玉	電話番号										
入所（院）年月日 （※）	令和 ○○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	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	配偶者の有無が「無」の場合、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	オミタマ ハナコ
	氏名	小美玉 花子
	生年月日	年 月 日
	住所	小美玉市上玉里 1122
	本年1月1日 現在の住所 （現住所と異なる場合）	
課税状況	市町村民税 課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税	配偶者がいる場合は、被保険者と同一の住所であるかどうかにかかわらず、記入してください。また、内縁の夫・妻の場合も含まれます。

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 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〇してください） ※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 checked="" 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 万円以下です。 （受給している年金に〇してください）
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税課税者であって、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 万円以下です。
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）、③の方は 650 万円（同 1,650 万円）、④の方は 550 万円（同 1,550 万円）、⑤の方は 500 万円（同 1,500 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 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下です。
	預貯金額	800,000 円
	有価証券 （評価概算額）	0 円
	その他 （現金・負債を含む）	50,000 円
	現金	※ ※内容を記入してください。

申請者氏名	小美玉 太郎	申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。 預貯金・有価証券などは、金融機関名・支店・口座番号・名義のわかるページ、最終残高と直近 2 ヶ月分のページのコピーを添付してください。
申請者住所	〒小美玉市上玉里 1122	

## 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、その全てを記入し、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。