

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

令和 6 年 8 月 1 日

(申請先) 釜石市長 あて
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	カマイシ タロウ	被保険者番号	9 8 7 6 5
被保険者氏名	釜石 太郎	個人番号	
生年月日	昭和 10 年 10 月 10 日	性別	男 ・ 女
住所	〒 026-0000 釜石市〇〇町1-1-1	電話番号	090-0000-0000
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 026-0000 釜石市〇〇町2-2-2 特別養護老人ホーム〇〇〇	電話番号	
入所(院)年月日(※)	令和 5 年 10 月 10 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	カマイシ ハナコ
	氏名	釜石 花子
	生年月日	昭和 11 年 11 月 11 日
	住所	〒 026-0000 釜石市〇〇町1-1-1
	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 ・ 非課税	

配偶者が無しの場合は、「配偶者に関する事項」は記入不要です。

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80万円以下です。
	<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。
	<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、200万円以下です。
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	①の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下、②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下、③の方は500万円(同1,500万円)以下、④の方は550万円(同1,550万円)以下、⑤の方は500万円(同1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者の場合は⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。
	預貯金額	2,000,000 円
	有価証券(評価概算額)	円
	その他(現金・負債を含む)	円

普通預金、敵預金など、全通帳の合計残高(配偶者がいる場合は、配偶者の分も合わせた額)を記入してください。

※通帳の写し(口座情報・最新2か月以内の残高が分かるページ)を一緒に提出してください。

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	釜石 一郎	連絡先	080-0000-0000
申請者住所	釜石市〇〇町2-2-2	本人との関係	長男

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、その合計金額を記入し、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。

課長	課長補佐	係長	係	高齢介護係	負担段階	交付年月日	年	月	日
					第1段階				
					第2段階	適用年月日	年	月	日
					第3段階①				
					第3段階②	有効期限	年	月	日
					第4段階				