

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

(申請者) 介護保険被保険者証に記載されている被保険者の氏名・生年月日・住所を記入してください。

被保険者証に記載されている番号を記入してください。

次のとおり関係書類を添えて、食費・雑費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請してください。

フリガナ 被保険者名	ブンキョウ タロウ 文京 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
生年月日	明・大 昭 15 年 1 月 1 日	個人番号	
住所	〒112-0003 文京区春日1-1-6-21 空欄のままでも受付します。		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒112-0003 文京区春日1-1-6-21 文京特別養護老人ホーム ○○○ 連絡先		
入所(院)年月日(※)	令和 4 年 5 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、記入不要です。
配偶者に関する事項	フリガナ	ブンキョウ ハナコ
	氏名	文京 花子
	生年月日	明・大 昭 20 年 3 月 3 日
	住所	〒112-0003 文京区春日1-1-1
	課税 ・ 非課税	いずれかに○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住民税世帯非課税である老齢基礎年金受給者	該当するところに○をつけてください。
	<input checked="" type="checkbox"/>	③住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○をしてください。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。	障害年金
	<input type="checkbox"/>	④住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"/>	⑤住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120万円以下です。	
預貯金等に関する申告 ※通帳の写しは別添	<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	600万円	有価証券(評価概算額)	0円
		その他(現金・負債を含む)	0円

申請者が被保険者本人の場合には、下記に本人と配偶者の預貯金合計額を記入してください。

申請者氏名	文京 一郎	電話番号(自宅・勤務先)	03-5803-1388
申請者住所	文京区春日1-1-1	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、そのすべてを記入し、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項の規定により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。