

介護保険負担限度額認定申請書

記載例

年 月 日

(申請先)

土庄町長 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		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	個人番号	
住所	連絡先		
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）			
入所（院）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 氏名		
	生年月日	個人番号	
	住所	〒 連絡先	
	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

該当する項目にチェック

遺族年金や障害年金を受給している場合は、いずれかに○を。

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、 課税年金収入額と合計所得金額と【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。 （受給している年金に○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。以下の同じ。					
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【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80万円超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、 課税年金収入額と合計所得金額と【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120万円を超えます。					
預貯金等に関する申告 <small>※通帳の写しは別</small>	<input 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1000万円以下（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	※ ※内容を記入して下さい

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		連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所 〒	窓口持参者、または郵送者の方を記載してください。	本人との関係

【添付書類】 下記の書類を必ず添付してください。 ※配偶者がいる場合は、配偶者のものも必要になります。

- 同意書
- 本人名義で作っている預貯金通帳（直近2か月以内の写しで、1枚めくったところの見開きと口座残高のページ）
※総合口座の場合は後ろの方に定期預金の残高ページがありますので、金額の記載がなくてもコピーしてください。
- 定期証書の写し（ある人のみ）
- その他有価証券の評価概算額や負債などがわかるもの（ある人のみ）