

記入例

(※裏面あり)

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

玉村町長 殿

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。

押印不要

12ケタの個人番号を記載してください。(配偶者が「有」の場合、配偶者の個人番号も配偶者欄に記載してください)

※それぞれ写しの添付が必要です

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号	性別	男	女
生年月日	明・大・昭	年	月	日
住所				
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(※)	年	月	日	(※)介護保険施設ショートステイを

入所している介護保険施設を記入してください。※ショートステイの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、左記の「事項」については、記入不要です。
フリガナ 氏名			
生年月日			
住所			
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)			
配偶者に関する事項	番号	連絡先	

「有」「無」のどちらかに○をつけてください。配偶者「無」の場合は、以下の記入不要です。「有」の場合、枠内を全てご記入ください。(内縁の者を含みます。)

非課税年金を受給している場合は、受給している年金に○をつけてください。

生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者			
市町村民税世帯非課税者であって、非課税年金収入額と【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180万円を超え、120万円以下です。(受給している年金に○して下さい。以下同じ。)			
市町村民税世帯非課税者であって、非課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計額が年額180万円を超え、120万円以下です。			
市町村民税世帯非課税者であって、非課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計額が年額180万円を超え、120万円以下です。			
市町村民税世帯非課税者であって、非課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計額が年額180万円を超え、120万円以下です。			
預貯金等に関する申告	預貯金額	円	有価証券(評価概算額)

預貯金額等をご記入ください。(通帳が複数ある場合はその合計額) ※通帳等の写しの添付が必要です

(例)

- ・ 預貯金額 : 502,358 円
- ・ 有価証券 : 0 円
- ・ その他 : 負債△2,000,000 円

申請者氏名	申請者が被保険者本人の場合には、下記	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所		本人との関係

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、同じく世帯分離をしている場合は、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、余白に記入し、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料等を支給された場合は、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された料金を返還するものとします。

本人以外が申請書を提出する場合、必ず記入してください。(内容についてお問い合わせすることがあります。)