

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

予め印刷されている被保険者名、被保険者番号をご確認後、ふりがな、生年月日、性別、住所、施設名称等をご記入ください。

被保険者氏名	袋井 太郎	被保険者番号	111111111
生年月日	明・大(昭)10年1月1日	性別	男・女
住所	〒437-8666 袋井市新屋1-1-1	電話番号	()
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒437-8666 袋井市新屋1-1-1 特別養護老人ホーム 袋井苑	電話番号	()
入所(院)年月日(※)	令和3年8月10日	(※)介護保険を利用している場合は記入不要です。	
申請者氏名	袋井 太郎		
申請者住所	〒 同上		

・個人番号については、空欄で提出いただいて構いません。
※裏面参照

ショートステイ利用の場合は、「ショートステイ利用」とご記入ください。

・申請者は被保険者本人の名前で記入をお願いします
・住所は「同上」で大丈夫です。

配偶者の有無	有・無	左記事項は、申請者が配偶者である場合に記入する事項については、記載不要です。	
フリガナ	フクロイ ハナコ		
氏名	袋井 花子	※ 配偶者の住所、名前を記入して	
生年月日	明・大(昭)11年2月2日	性別	男・女
住所	〒437-8666 袋井市新屋1-1-1	電話番号	(0538) 44-3152
本年1月1日住所(現なる場所)			
課税	※ 非課税年金(障害年金・遺族年金)を含めた収入の該当する箇所にチェックを記入してください。 非課税年金を受給している場合、必ず該当するものに○をつけてください。		

収入等に関する申告	非課税年金の有無	有(遺族年金/障害年金)・無	世帯の課税状況	市町村民税 非課税	
	年金収入額+前年の合計所得金額	☐	生活保護受給者/老齢福祉年金受給者		
		☒	年額80万円以下かつ、預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下		
		☐	年額80万円超120万円以下かつ、預貯金等の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下		
		☐	年額120万円超かつ、預貯金等の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下		
預貯金額(普通・定期等)	5,000,000円	有価証券(評価概算額)	1,000,000	その他(現金・負債含む)	タンス預金 500,000円 住宅ローン 300,000円

※内容を記入してください。

<本人以外が届け出する場合>

届出	
注意	・配偶者がいる場合は、記入額は全て夫婦合計額をご記入ください。 ・預貯金額等をご記入の上、通帳の写しを添付してください。 ・有価証券は現在の評価概算額を記入し、価格評価を確認できる書類を添付してください。(ただし、書類の入手が容易な場合に限る) ・「その他」の欄は、ご自宅等の手持ち現金、負債(借金)等をご記入ください。名目と金額を記入し、負債の場合は必ずー(マイナス)をつけてください。 ・記載欄に入りきらない場合は別紙に記入の上添付してください。

★個人番号を記入された場合、以下の2点の写しを同封してください

※個人番号の記載がなくても申請は受け付けます。
個人番号を記入されなかった場合は、下記書類の添付は不要です。

(1) 本人の個人番号が確認できるものの写し

- ・通知カード
- ・個人番号カード
- ・個人番号が記載された等

(2) 本人の身元が確認できるものの写し

- ①顔写真付きのもの1点
 - ・運転免許証
 - ・個人番号カード
 - ・身体障害者手帳 等
- ②①の書類の提示が困難な場合は以下の書類を2点
 - ・介護保険被保険者証
 - ・負担割合証
 - ・年金手帳
 - ・後期高齢者医療被等

※窓口へ直接提出される場合は、上記の書類を確認します。
本人以外の方が提出される場合、個人番号が確認できるもの(写し可)に加え、提出代行者の身分証と、代理権の確認のため本人の介護保険被保険者証をご持参下さい。