

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

袋井市長

令和〇年〇月〇日

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	フクロイ タロウ	被保険者番号																	
被保険者氏名	袋井 太郎	個人番号																	
		生年月日																	
住所	袋井市新屋一丁目1番地の1																		
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	袋井市新屋一丁目1番地の1 特別養護老人ホーム 〇〇〇〇 電話番号																		
入所（院）年月日（※）	令和〇年 〇月 〇日 (※)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。																		

個人番号については、空欄で提出
いただいて構いません。

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	フクロイ ハナコ																			
	氏名	袋井 花子																			
	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日										個人番号									
	住所	袋井市新屋一丁目1番地の1 電話番号 〇〇-〇〇〇〇																			
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	電話番号																			
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税																			

収入等に関する申告	☐	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																		
	☐	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 80.9 万円以下です。（受給している年金に〇して下さい。） ※ 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。																		
	☐	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 80.9 万円を超え、120 万円以下です。																		
	☒	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 万円を超えます。																		
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☒	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）、③の方は 650 万円（同 1,650 万円）、④の方は 550 万円（同 1,550 万円）、⑤の方は 500 万円（同 1,500 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、1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下です。																		
	預貯金額	5,000,000 円					有価証券（評価概算額）	0 円					その他（現金・負債を含む）	(現金)※ 100,000 円 ※内容を記入してください。						

申請者が被保険者本人の場合には、以下について記載は不要です。

注 (1) (2) (3) (4)	・ 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。																		
	①銀行名、支店、口座番号、名義人が分かる部分、②申請日から2か月前までの間の出入金が見えるページと最終残高のページ、③定期預金がある場合には、定期預金の金額がわかるページ（定期預金の残高がない場合も該当ページのコピーを提出してください。）																		
	・ 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。																		