

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和 5 年 7 月 1 日

小諸市長様

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の申請をします。

フリガナ	コモロ ハナコ	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7
被保険者氏名	小諸 花子	個人番号	8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
生年月日	大・昭 8 年 1 月 1 日	性別	男・女
住所	〒384-0000 小諸市相生町〇-〇-〇 特別養護老人ホーム 小諸苑	連絡先	0267-22-0000
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒384-0000 小諸市相生町〇-〇-〇 特別養護老人ホーム 小諸苑	連絡先	0267-22-0000
入所(院)年月日(※)	延・令 3 年 7 月 7 日	(※) ステイを	

**短期入所利用の場合は
記入不要です**

配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」に
配偶者に関する事項	フリガナ	コモロ タロウ
	氏名	小諸 太郎
	生年月日	大・昭・平 7 年 1 月 1 日
	住所	〒384-0000 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	課税の場合は、非該当となります

**別世帯の場合でも
記入してください**

本人の収入 該当に☑	年金収入+その他の合計所得	合計額が年額80
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> ④市町村民税世帯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80万円を超え、120万円以上です。	合計額が年額80
	<input checked="" 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【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。	合計額が年額120
預貯金等に関する申告	<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1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円 ※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	本人と配偶者の資産 合計額を記入
	預貯金額 3,000,000 円	有価証券(評価概算額) 500,000 円

申請者氏名	小諸 一郎	連絡(自宅・勤務先)	090-0000-0000
申請者住所	小諸市相生町〇-〇-〇	本人との関係	長男

- 被保険者本人以外が提出する場合は記入してください**
- ※申請者が被保険者本人の場合には、下記については不要です。
- ※注意事項
- この申請書
 - 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、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項の規定に基づき、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。
- 別紙(同意書)のご記入および捺印を忘れずをお願いいたします。
 - 全ての預金通帳、有価証券の証書等を添付してください。(生命保険は含みません)