

# 【記入例】

# 介護保険負担限度額認定申請書

① 平成28年〇月△日

(申請先)

日の出町長

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	ヒノデ タロウ	保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
被保険者氏名	日の出 太郎 ② 印	★ 個人番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
生年月日	明・大・昭 〇年 △月 □日	性別	④ 男 ・ 女
住所	日の出町平井2780番地	連絡先	042-597-□□□□
③ 介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒190-0182 日の出町平井××番地 〇〇ホーム	連絡先	042-5〇〇-△△△△
入所する居室の種類	1 ユニット型個室 2 ユニット型準個室	3 従来型個室 ④ 多床室	
入所(院)年月日(※)	昭・平 27年 〇〇月 ××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。	

④ 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。	
フリガナ	ヒノデ ハナコ		
氏名	日の出 花子 ★		
生年月日	明・大・昭 〇年 △月 □日	個人番号	8 8 8 8 8 8 8 8 8 8
住所	日の出町平井2780番地	連絡先	042-5〇〇-□□□□
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	●●市〇〇1-2-3		
課税状況	市町村民税 課税 ・ ⑤ 非課税		

⑤ 収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	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	
	<input checked="" type="checkbox"/>	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】収入額の合計額年額80万円以下です。 <small>(受給している年金に〇して下さい)</small> ※ 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。	受給している全ての年金の保険者に〇して下さい
	<input type="checkbox"/>	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】収入額の合計額年額80万円を超えます。 <small>(受給している年金に〇して下さい)</small>	日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
⑥ 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1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり	
	預貯金額	⑥ 515万円	有価証券(評価概算額) ⑦ 170万円
		その他(⑧ タンス預金 30万)※ (現金・負債・住宅ローン-500万円を含む)	※内容を記入して下さい

⑨ 申請者氏名	日の出 町子	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。
申請者住所	日の出町平井〇〇〇番地	連絡先(自宅・勤務先) 042-588-□□□□
		本人との関係 長女

### 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、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、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介護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、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことが

⑩裏面につづきます