

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

高森町長様

被保険者本人

被保険者番号を記入

令和 年 8 月 1 日

次のとおり関係 **について記入** ・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	タカモリ タロウ	被保険者番号	マイナンバーを記入
被保険者氏名	高森 太郎	個人番号	
生年月日	昭和15年11月14日	性別	
住所	〒399-3193 高森町下市田 2183 番地 1	連絡先	35-3111
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒399-9999 高森町下市田 9999-9 高森苑	連絡先	35-9999
入所（院）年月日（※）	令和 年 8 月 1 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。	

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 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。
配偶者フリガナ	タカモリ ハナコ	
配偶者氏名	高森 花子	「有」の場合は配偶者について記入
配偶者生年月日	明・大・昭・平 15年 1月 1日	個人番号
配偶者住所	〒399-3193 高森町下市田 2183 番地 1	連絡先
配偶者本年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 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税	「課税」の場合は非該当

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 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80万円以下です。 <small>（受給している年金に○を記入してください。以下同じ。） ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、遺族年金を含みます。以下同じ。</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 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80万円を超え、120万円以下です。				
	<input 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。					
	預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input checked="" type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤				
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	預貯金額	1,500,000 円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	現金 10万円

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。

申請者氏名	高森 一郎	連絡先 (自宅・勤務先)	35-3111
申請者住所	高森町下市田 9999-9	本人との関係	子

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あります。