

介護保険負担限度額認定申請書 記入例 および 注意事項

申請書を提出する日をご記入ください。

介護保険負担限度額認定申請書

中芸広域連合長 様

令和 年 月 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	カイゴ タロウ	保険者番号	3 9 × × × ×
被保険者氏名	介護 太郎	被保険者番号	0 0 0 × × × × × × ×
生年月日	明 大・昭 15年 1 月 1 日	個人番号	
住 所	(郵便番号781-6×××) 安芸郡☆☆町○○番地◇◇号	電話番号	
入所(院)した介護保険施設の所在地および名称 ※1	(郵便番号 —)	お手持ちの被保険者証、マイナンバーカード等をご確認のうえ、ご記入ください。	
入所(院)年月日 ※1	平・令 年 月	住民票記載の住所を正確にご記入ください。	

配偶者の有無※2	有	無	本人または妻に当たる方（世帯分離している夫もしくは妻または内縁関係の者を含む。）を記入してください。
配偶者に関する事項※2	フリガナ	カイゴ ハナコ	
氏 名	介護 花子		
生年月日	明 大・昭 15年 2 月 2 日	個人番号	
住 所	(郵便番号781-6×××) 安芸郡☆☆町○○番地◇◇号	電話番号	
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 ・ 不明

本人を含む世帯員および本人の配偶者に関する申告	☐	生活保護を受けている世帯員である場合、該当する申告区分にチェックを入れてください。	非課税世帯である高齢福祉年金受給者である場合、該当する申告区分にチェックを入れてください。	受給している非課税年金がある場合、該当種類に○をつけてください。	円以下	
	☐	市町村民税課税世帯員である場合、前年の年金以外の合計所得金額が【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。（※受給している非課税年金に○をしてください。）	市町村民税課税世帯員である場合、前年の年金以外の合計所得金額が【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。（※受給している非課税年金に○をしてください。）	市町村民税課税世帯員である場合、前年の年金以外の合計所得金額が【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。（※受給している非課税年金に○をしてください。）	預貯金等の金額 単身650万円（夫婦1,650万円）以下	
	☒	市町村民税世帯非課税者である場合、前年の年金以外の合計所得金額が【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。（※受給している非課税年金に○をしてください。）	市町村民税世帯非課税者である場合、前年の年金以外の合計所得金額が【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。（※受給している非課税年金に○をしてください。）	市町村民税世帯非課税者である場合、前年の年金以外の合計所得金額が【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。（※受給している非課税年金に○をしてください。）	単身550万円（夫婦1,550万円）以下	
	☐	市町村民税世帯非課税者である場合、前年の年金以外の合計所得金額が【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。（※受給している非課税年金に○をしてください。）	市町村民税世帯非課税者である場合、前年の年金以外の合計所得金額が【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。（※受給している非課税年金に○をしてください。）	市町村民税世帯非課税者である場合、前年の年金以外の合計所得金額が【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。（※受給している非課税年金に○をしてください。）	単身500万円（夫婦1,500万円）以下	
本人と配偶者の預貯金等に関する申告	☒	預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。（※預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しは、別添で提出してください。）	預貯金等の金額が基準以下であることを確認のうえ、チェックを入れてください。			
	預貯金	合計 3,519,821 円	有価証券（評価概算額）	合計 1,480,179 円	その他（現金・負債を含む）	合計 (現金) 100,000 円

代行又は代理申請の場合は、こちらにご記入ください。

申請者氏名	介護 花子	預貯金等の合計金額について、必ずご記入ください。	電話番号(自宅・勤務先)	0887-××-××××
申請者住所	(郵便番号781-6×××) 安芸郡☆☆町○○番地◇◇号	本人との関係	妻	

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
- 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、
- 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。

代行または代理申請をされる場合、こちらにもご記入ください。

裏面の同意書に記入・押印してください。

同意書 記入例 および 注意事項

同 意 書

中芸広域連合長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署・年金保険者又は銀行・信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、中芸広域連合長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

同意書を記載した日

①

<本人> 住 所 安芸郡☆☆町〇〇番地◇◇号

氏 名 介護 太郎

②

<配偶者> 住 所 安芸郡☆☆町〇〇番地◇◇号

氏 名 介護 花子

③

※代筆の場合

<代筆者> 住 所 安芸郡☆☆町〇〇番地◇◇号

氏 名 介護 花子

本人との関係 妻