【記入例】

※被保険者の氏名等を記入してください。

※既に施設に入所（院）している場合は施設名及び入所（院）年月日を記入してください。入所（院）先が未定の場合は記入しないでください。

※配偶者の有無を記入してください。世帯分離をしている配偶者及び内縁関係の者も配偶者に含みます。

※配偶者に関する事項を記入してください。

※配偶者が課税なら「課税」、非課税なら「非課税」と記入してください。

※該当するものにチェックし、遺族年金・障害年金を受給している場合は〇を記入してください。

※配偶者がいる場合は、**本人と配偶者の預貯金等について合算した金額を記入してください。**
※金額が確認できる通帳の写し等を添付してください。
（通帳は記帳し、直近２か月の明細ページと、名義人、口座番号、金融機関名、支店等が記載してあるページ）

※申請者が被保険者本人と異なる場合は、記入してください。

介護保険負担限度額認定申請書

令和●●年　●月●●日

（申請先）
たつの市長　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を申請します。

フリガナ 被保険者氏名	カイゴ　タロウ 介護　太郎	被保険者番号	1 2 3 4 5 ● ● ● ● ●
		個人番号	1 2 3 4 5 6 ● ● ● ● ● ●
		生年月日	昭和２０年１月１日
住所	たつの市龍野町●●　××-×		電話番号　0791-64-××××
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	特別養護老人ホーム　●●		電話番号　●●●●-●●-●●●●
入所（院）年月日（※）	令和８年３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	有	配偶者の有無が「無」の場合、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	カイゴ　ハナコ		
氏名	介護　花子		
生年月日	昭和２５年２月１日	個人番号	1 2 3 4 5 6 ● ● ● ● ● ●
住所	たつの市龍野町●●　××-×		電話番号　0791-64-××××
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　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ください） ※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、以下の記載は不要です。

申請者氏名　介護　三郎	連絡先（自宅・勤務先） 0791-64-●●●●
申請者住所 〒679-●●●● たつの市龍野町●●　××-×	本人との関係 長男

注意事項
(1)　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。
(2)　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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
(3)　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。
(4)　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。