

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

吉田町長様

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	ヨシダ ハナコ		被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
被保険者氏名	吉田 花子		個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0
生年月日	明・大・ 昭 ○年 ○月 ○日														
住所	吉田町住吉87番地		連絡先 0548-〇×-△◇〇×												
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〇〇		連絡先 054-〇×△-☆◇〇×												
入所(院)年月日(※)	○年 ○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。												

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。													
配偶者に関する事項	フリガナ	ヨシダ タロウ		必ず記入してください。												
	氏名	吉田 太郎														
	生年月日	明・大・ 昭 ○年 ○月 ○日		個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
	住所	吉田町神戸●●番地		連絡先 0548-●●-◇◇××												
	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															

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	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													
	<input checked="" 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。 (受給している年金に〇してください。以下同じ。) ※ 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。													
	<input 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。													
預貯金等に関する申告	<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。													
	<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(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(16歳以上64歳以下)の場合、② ③の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。													
※通帳等の写しを別添	預貯金額	5,432,109 円				有価証券(評価概算額)	円				その他(現金・負債を含む)	(現金)※ 300,000 円			

申請者氏名	吉田 一郎	申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載不要です。	連絡先(自宅・勤務先)	33-◇◇◇◇
申請者住所	吉田町川尻〇	本人との関係	長男	

預貯金額については、配偶者がいる場合、夫婦で合算した金額を記入してください。
金額については、預貯金額確認資料の合計金額+自己申告分が対象となります。

手持ちの現金等については、こちらに記入してください。