

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

平成 28 年 8 月 1 日

申請時に必要な書類は、申請書、同意書及び預貯金通帳等の写しです。
通帳等の写しをとる場合は、最新の状態で記帳してください。
詳細は、裏面に記載しておりますのであわせてご確認ください。

申請します。

フリガナ	ナガイ タロウ	保険者番号	062091
被保険者氏名	長井 太郎	被保険者番号	00001
生年月日	明・大・昭 8 年 7 月 1 日	個人番号	0000000000000000
住所	〒 993-8601 長井市栄町1番1号	連絡先	0238-82-8011
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	〒	連絡先	
入所（院）年月日 （※）	令・平 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	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			
氏名	長井 花子		
生年月日	明・大・昭 10 年 6 月 1 日	個人番号	0000000000000000
住所	長井市栄町1番1号 電話番号 0238-82-8011		
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		
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高齢福祉年金受給者 ☐ ③市町村民税世帯非課税者であるが、課税年金収入額と【遺族年金】収入額、その他の合計所得金額の 合計額が年額82.65万円以下です。 ※ 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】収入額、その他の合計所得金額の 合計額が年額82.65万円を超え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】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、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850万円（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（40歳以上84歳以下）の場合、③～⑤の方は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		
預貯金等に関 する申告	預貯金額	888,888 円	有価証券 （評価概算額） 円 その他 （現金・負債を含む） 円 ※ 円

被保険者について該当する
ところを
一つ選択してく
ださい。

受給していない場合
は二重線を引いてく
ださい。

受給している全ての
年金の保険者に
○して下さい

日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済
私学共済

被保険者本人とその配偶者（配偶者が有の場合）名義の全ての通帳等について、
口座番号等が記載されたページと最新の残高金額が記載されたページの写しを
添付してください。
なお、申請時に通帳をお持ちいただければ窓口にて複写いたします。

の場合は、下記について記載は不要です。
先
（勤務先）
との関係

送付先 （ ☐ 入所施設 ☐ 被保険者 ☐ 申請者 ）

注意事項

（1）この申請書における「配偶者」については、世帯分離をした者又は内縁関係の者を含みます。
（2）結果の送付先について、こちらの送付先欄に必ず明記してください。

（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。