

# 介護保険負担限度額認定申請書

記入例

令和 4年 8月 1日

申請時に必要な書類は、申請書と同意書と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。

を申請します。

フリガナ	ナガイ タロウ	保険者番号	0 6 2 0 9 1
被保険者氏名	<b>長井 太郎</b>	被保険者番号	0 0 0 0 1
		個人番号	
生年月日	明・大・ <b>昭</b> 8年 8月 8日	性別	<b>男</b> ・ 女
住所	〒 993-8601	連絡先	0238-82-8011
	長井市栄町1番1号		
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(※)	平・令 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	<b>有</b> ・ 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	ナガイ ハナコ
	氏名	長井 花子
	生年月日	明・大・ <b>昭</b> 8年 8月 8日
	住所	長井市栄町1番1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 ・ <b>非課税</b>	

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	受給している全ての年金の保険者に○して下さい  <b>日本年金機構</b> 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であつて、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80万円以下です。 <small>※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、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つて、課税年金収入額と【 <b>遺族年金</b> ※・ <b>障害年金</b> 】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。 <small>(受給している年金に○して下さい)</small>	
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であつて、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。 <small>(受給している年金に○して下さい)</small>	
預貯金等に関する申告	<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(40歳以上64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	
		預貯金額 888,888円      有価証券(評価概算額)      円      その他 (      ) ※円 <small>(現金・負債を含む)</small>	

被保険者本人とその配偶者(配偶者が有の場合)がお持ちの全ての口座の残高金額が記載されたページと口座番号等が記載されたページの写しを添付してください。申請時に通帳をお持ちいただければ窓口にて写しをとらせていただきます。

申請者住所 \_\_\_\_\_ 本人との関係 \_\_\_\_\_

注意事項

送付先 (  施設     自宅     申請者 )

(1) この申請書において結果の送付先について、ご希望するところを一つ選択してください。

(2) 預貯金について送付先が施設の場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。

(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。