

《記入例》

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

川南町長 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	カワミナミ タロウ	保険者番号	454058
被保険者氏名	川南 太郎	被保険者番号	
		個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
生年月日	大・昭 ×年 ○月 △日		
住所	〒 889-1301		
	川南町大字川南〇〇〇番地〇	連絡先	-
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 -		
入所（院）年月日（※）	平・令 年 月 日		

個人番号は、申請時に必ず必要となりますので、個人番号通知カード、もしくは、マイナンバーカードを御準備ください。

配偶者の有無	有 ・ 無	
配偶者に関する事項	フリガナ	カワミナミ ハナコ
	氏名	川南 花子
	生年月日	大・昭 ○年 ×月 △日
	住所	川南町大字川南〇〇〇番地〇
	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	

本人が市町村民税世帯非課税であっても配偶者が課税である場合は負担限度額の適用は受けられません。

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 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。 <small>（受給している年金に〇して下さい。以下同じ）</small> ※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。
預貯金等に関する申告	<input checked="" 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。
	<input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金所得金額と【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	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。 ※第二号被保険者（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。
預貯金額	円 (有価証券(評価概算額) ※) 円 (その他(現金・負債を含む) ※) 円

夫婦の場合は、合計した金額を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	川南 一郎太	連絡先	(自宅・勤務先) 0983 - 27 - ■■■■
申請者住所	川南町大字川南■■■番地■■■	本人との関係	長男

必ずお読みください。

- 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又は内縁関係の者を含みます。
 - 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
 - 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。