

《記入例》

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

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	被保険者番号	
被保険者氏名	川南 太郎	個人番号	
生年月日	大・(昭) 年 月 日		
住 所	〒 889 - 1301 川南町大字川南▲▲▲番地▲	連絡先	0983 - 27 - ▲▲▲▲
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	〒 889 - 1301 特別養護老人ホーム●●●		
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又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	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	カミナミ ハナ	
氏 名	川南 花子	
生年月日	大・(昭) 年 月 日	個人番号
住 所	川南町大字川南▲▲▲番地▲	
本年1月1日現在 の住所と異なる 場合		
課税状況	市町村民税 課税 ・ (非課税)	

本人が市町村民税非課税であっても、同じ世帯の方や、別世帯の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	☐ 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○をして下さい。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。
	☐ 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	☐ ⑥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 3,000,000 円 有価証券 (評価概算額) 0 円 その他 (現金・負債を含む) () ※ 0 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)
申請者住所	川南町大字川南■●●番地■●	0983 - 27 - ■●●■
		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。