

介護保険負担限度額認定申請書  
(特養・老健・療養・短期)

年 月 日

(宛先) 浦安市長

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 被保険者氏名	被保険者番号	
	個人番号	
	生年月日	年 月 日
住 所	電話番号	
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	電話番号	
入所(院)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	配偶者の有無が「無」の場合、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	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 個人番号
	住 所	電話番号
	本年1月1日 現在の住所 (居住所と異なる場合は 異なる住所を記入)	電話番号
課税状況	市町村民税	課税 ・ 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高齢福祉年金受給者
	<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 80.9 万円以下です。 (受給している年金に〇してください) ※寡婦年金、かん夫年金、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 80.9 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 ※通帳等の写し は別添	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、 ③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、 ⑤の方は500万円(同1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者(1号被保険者の配偶者)の場合、②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。
	預貯金額	円 有価証券(評価計算額) 円 その他(現金・負債を含む) ( ) 円
申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。		
申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)	
申請者住所	本人との関係	

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、その全てを記入し、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。

介護保険被保険者証(うぐいす色)等に記載されている「被保険者番号(10ケタ)」を記入してください。

※保険者番号(122275)や医療被保険者証の被保険者番号ではありません!

個人番号はマイナンバーのことですが、不明な場合には空欄で構いません。

現在ご利用されている施設の情報を記入してください。短期利用(ショートステイ)の場合には記入不要です。

配偶者がいる場合に記入してください。※世帯分離をしても記入する必要があります!

施設等を利用される方の収入や預貯金額等(配偶者がいる場合は合計額)を記入してください。収入には課税年金のほか、遺族年金などの非課税年金も含まれます。

申請者が本人(上記の被保険者)でない場合、代理で申請をした方の情報を記入してください。