

介護保険負担限度額認定申請書
(特養・**地域密着特養**・老健・医療院・短期)

令和4年度

記入例

(申請先) 浦安市長

年 月 日

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	カイト	タロウ	被保険者番号	0000111111
被保険者氏名	介護 太郎		個人番号	012345678912
生年月日	明・大(昭)	1年1月1日	性別	男・女
住所	千葉県浦安市猫実*-*-*		連絡先	047-351-1111
介護保険施設の所在地及び名称	279-**** 地域密着型特別養護老人ホーム 猫実園 千葉県浦安市猫実*-*-*		連絡先	047-351-****
入所する居室の種類	① ユニット型個室 ② ユニット型個室の多床室		③ 従来型個室 ④ 多床室	
入所(院)年月日(※)	平(昭)	4年5月1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「有」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。	
配偶者氏名	カイト	ハナコ		
配偶者氏名	介護 花子			
配偶者生年月日	明・大(昭)	2年2月2日	配偶者個人番号	012345678913
配偶者住所	千葉県浦安市猫実1-1-1		配偶者連絡先	047-351-1111
配偶者生年月日(※)				
配偶者生年月日(※)				
課税状況	市町村住民税		課税	市県民
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> ①生活保護受給者/市町村住民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> ②市町村住民税世帯課税者であって、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。 <input checked="" type="checkbox"/> ③-1 市町村住民税世帯課税者であって、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"/> ③-2 市町村住民税世帯課税者であって、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。		受給している全ての年金の保険者に 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私立共済	
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/> ①-1 預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、③-1の方は550万円(同1550万円)、③-2の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(70歳以上84歳以下)の場合、①-③-2の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。		預貯金額 10,000,000円 有価証券(評価額) 500,000円 その他(現金・負債を含む) (100,000)円	
申請者氏名	福祉 施設子		連絡先(自宅・勤務先)	090-****-****
申請者住所	千葉県浦安市猫実1-1-2		本人との関係	長女

- 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。

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入力してください。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。