

記入例
(表面)

介護保険負担限度額認定申請書

※修正液、修正テープ、消せるボール
ペンは使用しないでください。

先)
成田市長

〇年 〇月 〇日

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 被保険者氏名	ナリタ タロウ	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
	成田 太郎	個人番号	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9
		生 年 月 日	昭和〇年〇月〇日											
住 所	〒286-8585 成田市花崎町760番地													
	電話番号 0476-20-1545													
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	〒 特別養護老人ホーム〇〇苑													
	電話番号 0476-12-34XX													
入所（院）年月日 （※）	〇年 〇月 〇日													
	（※）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、記入不要です。																			
配偶者 に 関 する 事 項	フリガナ	ナリタ ハナコ																		
	氏 名	成田 花子																		
	生年月日	昭和〇年〇月〇日						個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
	住 所	〒286-8585 成田市花崎町760番地																		
		電話番号 0476-20-1545																		
本年1月1日 現在の住所 （現住所と 異なる場合）	〒 電話番号																			
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税																			

配偶者がいる場合、本人 及び配偶者の分を ご記入ください。配偶 者がいない場合は、本 人分のみご記入くだ さい。	☐	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82.65万円以下です。 (受給している年金に〇をしてください)											
	☐	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82.65万円を超え、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。											
	☒	⑥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。											
	☒	⑦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	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（同は1,650万円）、④の方は550万円（同は1,550万円）、 ⑤の方は500万円（同は1,500万円）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1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。												
	預貯金額	1,234,567円						有価証券 (評価概算額)	300,000円		その他 (現金・負債を 含む)	(現金) ※ 100,000円	
※内容を記入してください。													

申請者氏名	申請者住所	〒
預貯金額は本人・配偶者名義のすべての口座 の写しの添付が必要です。 記載をしたうえで直近2か月分と名義の確認 をできるページの写しを添付してください。 現在の評価額を記入し、株式や国債等の金額 が確認できるものを添付してください。 有価証券には株式、国債、地方債、社債、出資 金等が該当します。		

注意事項

- (1) 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。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (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。
- (5) 申請の際は、同意書についても併せて提出してください。

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者、銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況並びに保有する預貯金及び有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和〇年 〇月 〇日

署名をお願いいたします。

<本 人> 住所 成田市花崎町760番地

氏名 成田 太郎

<配偶者> 住所 成田市花崎町760番地

氏名 成田 花子

両面のご記入をお願いいたします。

※修正液、修正テープ、消えるボールペンは使用しないでください。
※訂正する場合は、二重の訂正線の上に訂正印を押してください。

成田市記入欄

交付年月日	備考	
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)	
適用年月日		利用者負担段階 段階
年 月 日 から		
有効期限		
年 月 日 まで		