

## 記載例

### 介護保険負担限度額認定申請書

申請日を記入

年 月 日

(申請先)

被保険者の氏名等を記入

個人番号はマイナンバーの番号を記入

負担限度額認定を申請します。

|                                      |                                    |                                                                                                                                                                            |                                               |                                  |  |
|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|--|
| フリガナ<br>被保険者氏名                       | 被保険者番号                             |                                                                                                                                                                            |                                               |                                  |  |
|                                      | 個人番号                               |                                                                                                                                                                            |                                               |                                  |  |
|                                      | 生年月日                               |                                                                                                                                                                            |                                               |                                  |  |
| 住所                                   | 〒                                  |                                                                                                                                                                            |                                               |                                  |  |
| 電話番号                                 |                                    |                                                                                                                                                                            |                                               |                                  |  |
| 入所(院)した<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称<br>(※) | 〒                                  |                                                                                                                                                                            |                                               |                                  |  |
| 電話番号                                 |                                    |                                                                                                                                                                            |                                               |                                  |  |
| 入所(院)年月日<br>(※)                      | 年 月 日                              | (※)介護保険施設に入所(院)していない場合及び<br>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」<br>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                               |                                                                                                                                                                            |                                               |                                  |  |
|                                      | 住所                                 | 〒                                                                                                                                                                          |                                               |                                  |  |
|                                      | 本年1月1日<br>現在の住所<br>(現住所と<br>異なる場合) | 〒                                                                                                                                                                          |                                               |                                  |  |
| 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、<br>課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金※】の合計額が年額82.65万円以下です。<br>(※)遺族年金、かん夫年金、母子年金、障害年金                                                                                   |                                               |                                  |  |
|                                      | <input type="checkbox"/>           | ④市町村民税世帯非課税者であって、<br>課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金※】の合計額が年額82.65万円を超え、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、<br>課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金※】の合計額が年額120万円を超えます。                                                                                                               |                                               |                                  |  |
|                                      | <input type="checkbox"/>           | ⑥市町村民税世帯非課税者であって、<br>課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金※】の合計額が年額120万円を超え、1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。                                                                                         |                                               |                                  |  |
| 預貯金等に関する申告<br>※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)、<br>③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、<br>⑤の方は500万円(同1,500万円)以下です。<br>※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                                 | 円                                  | 有価証券<br>(評価概算額)                                                                                                                                                            | 円                                             | その他<br>(現金・負債を<br>含む) ( ) ※<br>円 |  |

配偶者の有無に○をつける

有の場合は、「配偶者に関する事項」の欄に配偶者情報を記入

遺族年金か障害年金を受給している場合には○

該当する箇所に  
レ点

本人以外が申請する場合は記入

別紙「預貯金等に関する明細」の合  
計額を記入

|            |                             |
|------------|-----------------------------|
| 申請者氏名      | 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。 |
| 申請者住所<br>〒 | 連絡先(自宅・勤務先)                 |
|            | 本人との関係                      |

(3) 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  
(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  
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