

記載例

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先) 富谷市長あて
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。

申請日をご記入ください

フリガナ 被保険者氏名	トミヤ ヒナコ 富谷 花子	被保険者番号	000000000
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	個人番号	000000000000
住 所	富谷市〇〇〇〇	性別	女
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 富谷市〇〇〇〇	連絡先 連絡先を記入	
入所(院)年月日(※)	〇〇年〇〇月〇〇日		

印字してある氏名等をご確認ください

連絡先を記入

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。
配偶者に関する事項	フリガナ 氏 名	配偶者のいる方は必ず記入願います
	生年月日	
	住 所	
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税	該当する箇所に○

収入等に関する事項	<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 checked="" 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80万円以下です。(受給している年金の種類は別記欄に記載してください) ※、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。
	<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。
	<input checked="" type="checkbox"/>	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2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	8,000,000 円
	有価証券(評価概算額)	0 円
	その他(現金・負債を含む)	() ※ 0 円 ※内容を記入してください

受給していれば○

該当する箇所にチェック

申請者氏名	富谷 一郎	連絡先(自宅・勤務先)	000-0000-000
申請者住所	〒 富谷市〇〇〇〇	本人との関係	子

本人以外が申請する場合に記入

本人及び配偶者が所有するすべての預貯金の合計額を記入。
本人及び配偶者の所持している預貯金通帳の
① 名義人・口座番号が確認できるページ
② 申請日から概ね2ヶ月前までの残高が確認できるページの写しを添付してください