

介護保険負担限度額認定申請書

令和●年 ●月 ●日

記入例

(宛先) 小牧市長

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	コマキ タロウ	被保険者番号	0	0	1	0	0	0	0	1	2	3
被保険者氏名	小牧 太郎	個人番号										
生年月日	明・大・昭	XX年 XX月 XX日										
住 所	〒485-XXXX 小牧市堀の内三丁目○番地 連絡先 0568 (XX) XXXX											
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒485-XXXX 小牧市○○・・・ 特別養護老人ホーム○○ 連絡先 0568 (XX) XXXX											
入所（院）年月日（※）	平・令 XXXX年 XX月 XX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	コマキ ハナコ	個人番号										
	氏 名	小牧 花子											
	生年月日	明・大・昭・平	XX年 XX月 XX日										
	住 所	小牧市篠岡二丁目○番地 連絡先 0568 (XX) XXXX											
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	○○市・・・											
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税												

収入等に関する申告	☐	①-1 生活保護受給者／①-2 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者										
	☐	②市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【障害年金・遺族年金（※）】の収入額と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○印を付けてください。） ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。以下同じ。										
	☒	③-1 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【障害年金・遺族年金】の収入額と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。（受給している年金に○印を付けてください。）										
	☐	③-2 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【障害年金・遺族年金】の収入額と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。（受給している年金に○印を付けてください。）										
預貯金等に関する申告 (通帳等の写しは別添)	預貯金、有価証券の金額の合計が											
	☒	①-2の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下、②の方は650万円（夫婦は1,650万円）以下、③-1の方は550万円（夫婦は1,550万円）以下、③-2の方は500万円（夫婦は1,500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上65歳未満）の場合、①-2～③-2の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。										
	預貯金額	967,319円	有価証券 (評価概算額)	0円	その他 (現金・負債を含む)	(現金) ※ 200,000円						

※内容を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	小牧 一郎	連絡先（自宅・勤務先）	090 (XXXX) XXXX
申請者住所	〒485-XXXX 小牧市中央一丁目○番地	本人との関係	長男

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
- (2) 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
- (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
- (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。

小牧市記入欄

		備 考	申請結果
交付年月日	年 月 日	(所得分布の状況等を記入)	承認・非承認
適用年月日	年 月 日から		利用者負担段階
有効期限	年 月 日まで		

日中に連絡がとれる電話番号（携帯電話も可）をご記入ください。