

記入例

介護保険負担限度額認定（新規・更新）申請書

申請日 令和〇年 7月 〇日

フリガナ	オミタマ タロウ	性別	被保険者番号	0	1	0	0	0	2	3	4	5	6
被保険者氏名	小美玉 太郎	男・女	個人番号	9999999999999999									
住所	小美玉市上玉里112												
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	小美玉市上玉里1122番地 特別養護老人ホーム 小美玉												
入所(院)年月日(※)	〇〇年 〇〇月 〇〇日 / ショート: (※)介護保険施設を利用していない場合は記入不要												

別紙「個人番号（マイナンバー）の取り扱いについて」を参照してください。

配偶者の有無	有	無	配偶者の個人番号	888888888888									
フリガナ	オミタマ ハナコ		課税状況	町村民税 課税									
氏名	小美玉 花子		生年月日	昭	平	〇〇年	〇〇月						
住所	小美玉市上玉里1122												
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)													

配偶者がいる場合は、被保険者と同一の住所であるかどうかにかかわらず、記入してください。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> ①生活保護受給者、または市区町村に属する高齢世帯世帯主	ご本人が障害年金や遺族年金などの非課税年金を受給している場合は、その受給額を加えて基準額を判断してください。またご本人が年金を受給している場合は、年金の種別と保険者に○をつけてください。				
	<input type="checkbox"/> ②住民税非課税					
	<input checked="" type="checkbox"/> ③住民税非課税					
	<input type="checkbox"/> ④住民税非課税					
受給中の公的年金(受給に○)	種別	老齢年金	障害年金	遺族年金	寡婦年金	その他の非課税年金
保険者	日本年金機構(国民年金・厚生年金)・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済・その他					

預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券の金額の合計が①の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下、②の方は650万円(同1650万円)以下、③の方は550万円(同1550万円)以下、④の方は500万円(同1500万円)以下 ※第2号被保険者の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下			
	預貯金額(普通・定期)	被保険者	配偶者	金融機関及び支店名	預貯金額
		〇〇銀行△△支店	800,000円	〇△農協□△支店	200,000円
		円	円		
	有価証券等(株券・国債等)	評価概算額	円	円	
	その他(現金・負債を含む)	ローン	△500,000円	円	
	合計額	300,000円	200,000円		

預貯金・有価証券などは、金融機関名・支店・口座番号・名義のわかるページと最終残高が確認できるページをコピーして添付してください。

※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、支給された額及びその倍の加算金を返還していただく必要があります。申請者が被保険者本人の場合には、下記については記入不要です。

申請者氏名	小美玉 三郎	連絡先	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
申請者住所	小美玉市上玉里1122番地	本人との関係	長男

生活保護	有・無	老齢福祉年金	有・無	給付額減額	有・無	判定結果	承認・非承認
課税状況	本人(課税・非課税)・配偶者(課税・非課税)・配偶者負担段階第 段						
資産状況	同一世帯(課税・非課税)・同一世帯主無 適用年月 年 月 日						
年金収入	基準内 基準超 交付年月日 年 月 日						
年金収入額+合計所得金額	判定者						

※表面の「(参考)介護保険負担限度額認定申請書チェック項目」も確認してください。