

申請書の記入方法

介護保険負担限度額認定申請書

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	-----	個人番号	
		被保険者番号	
生年月日			
住 所	〒	連絡先	
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒	連絡先	
入所（院）年月日（※）		（※）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 氏 名	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 世帯が別であっても、配偶者（パートナー）がいる場合は「有」に○をつけ、配偶者に関する事項を必ず記入してください </div>		
	生年月日			
	住 所		〒	連絡先
	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	

<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> 令和5年中の本人の収入・所得について 該当する口にレ点を記入してください </div>		世帯非課税である老齢福祉年金受給者、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。）			
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> ※ 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。以下同じ。 <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。	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> 非課税年金を受給されている方は年金の種類に○をつけてください </div>			
預貯金等に関する申告 <small>※通帳等の写しは別添</small>	<input type="checkbox"/> 本人の預貯金等(配偶者がいる場合は合計額)を必ず記入し要件を満たす場合は口にレ点を記入してください	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（夫婦は1300万円）、④の方は1500万円（夫婦は3000万円） ⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）			
預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	円

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	-----	連絡先（自宅・勤務先）	
申請者住所 〒	-----	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> 本人以外が申請する場合に記入してください 申請書類についてお問合せする場合がありますので、ご対応いただける方を申請者にしてください </div>	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> 日中連絡がとれる電話番号を記入してください </div>
		<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> 被保険者からみた関係を記入してください </div>	本人との関係

注意事項

- 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。
- 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

申請にあたっての注意事項

- 1 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（婚姻届を提出していない事実婚も含む。DV防止法における配偶者からの暴力を受けた場合や行方不明の場合は対象外）。
- 2 預貯金等については、本人、配偶者の所有するものすべてを記入してください。
- 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場合には、介護保険法第22条の規定に基づき、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。
- 4 申請書は本人、配偶者、6親等以内の血族、3親等以内の姻族、成年後見人等が記入してください。
- 5 同意書は本人、配偶者が記入してください。代筆の場合には6親等以内の血族・3親等以内の姻族、成年後見人等が記入してください。
- 6 申請書及び同意書は施設職員やケアマネジャーが記入することはできません。

同意書

上記注意事項を読み、介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公庁、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関に私及び配偶者の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について照会することに同意します。

年 月 日

日付を記入してください

住所

<<注意>>

押印は、シャチハタ等のゴム印を使用することはできません。

氏名

被保険者本人について、記入・押印してください

代筆者

印（本人との関係）

（代筆者）

代筆した場合は、記入・押印してください

本人から見た関係を記入してください

<配偶者>

住所

申請書で配偶者「有」とした場合、記入・押印してください

氏名

印

代筆者

印（配偶者との関係）

（代筆者）

代筆された場合は記入・押印してください