

# 介護保険負担限度額認定申請書【記入例】

注意！ こすると書いたものが消えるペンや、鉛筆では記載しないでください。

令和 3 年 7 月 〇 日

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。

		保険者番号	434423			
フリガナ	カシマタロウ		被保険者番号	0 0 0 0 0		
被保険者氏名	嘉島 太郎		個人番号			
生年月日	明・大・昭	12 年 3 月 4 日	性別	男		
住所	〒861-〇〇〇〇 嘉島町大字〇〇1番地2		電話番号	090-△△△△-□□□□		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 ※入所した施設があれば、施設名等を記入(現在入所していなければ不要)					
入所(院)年月日(※)	昭・平・令	2 年 5 月 6 日	不明な場合は記入不要			
配偶者の有無	有・無					
配偶者に関する事項	フリガナ	カシマハコ		配偶者（夫から見た場合は妻）が「有」であれば、以下の『配偶者に関する事項』も記載 ※現在御存命でなければ「無」		
	氏名	嘉島 花子				
	生年月日	明・大・昭	12 年 7 月 8 日	対象者と住所が同じ場合は□にレ点を付けてください。 住所が違う場合は住所と連絡先を記入してください。		
	住所	☑ 被保険者と同じ				
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	配偶者に住民税が課税されているか不明であれば記載不要				
課税状況	市町村民税	課税	非課税			
収入等に関する申告	役場側で記載するので記入不要		非課税年金受給の有無 有・無			
			受給している全ての年金の保険者に○して下さい ・日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私学共済			
預貯金等に関する申告 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり	役場側で記載するので記入不要		(同1650万円)、③-1の方 かかる通帳の写しは別紙の			
( ) ※ 円 ※内容を記入して下さい						

申請者が被保険者本人の場合は、下記について記入不要です。

申請者氏名	嘉島 次郎	連絡先(自宅・勤務先・携帯)	090-〇〇〇〇-××××
申請者住所	〒861-〇〇〇〇 嘉島町大字△△3番地4	本人との関係	子

## 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。
- 段階の判定の基準となる合計所得金額は、「長期譲渡所得及び短期譲渡所得に係る特別控除額」と「年金収入に係る所得額」を控除した額となります。