

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

(あて先) 松江市長

下記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をするとともに、私及び世帯員の市町村民税課税状況について税担当課の資料により調査されることに同意します。

年 月 日

「介護保険被保険者証」に記載されている、10ケタの番号をご記入ください。

フリガナ	マツエ タロウ	個人番号	
被保険者氏名	松江 太郎	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
生年月日	明・大・ 昭 5年 1月 1日	性別	男 ・女
住 所	〒690-8540 松江市末次町86	電話番号 (0852)55-5934	
介護保険施設の所在地及び名称 (※)	〒690-0000 松江市〇〇町〇〇 特別養護老人ホーム〇〇	電話番号 〇〇-0000	
入所(院)年月日 (※)	〇〇〇〇年〇月〇日		

※ 介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。

市(町村)記入欄

交付年月日	備 考
年	記入不要です。
適月	
年	
有	
年	
まで	

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 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	マツエ ハナコ	
	氏名	松江 花子	
	生年月日	昭和10年2月2日	
	住所	〒690-8540 松江市末次町86	
	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

同一世帯の配偶者のほか、
 ・世帯分離している配偶者
 ・内縁関係の者
 も、「有」になります。

配偶者の課税状況について、どちらかに○をつけてください。

私の収入、預貯金等に関する申告

収入、預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 円(夫婦は2,000万円)	年齢福祉年金受給者であり、かつ、預貯金等の額1,000万円(夫婦は2,000万円)以下				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金等収入額の合計額が	<input type="checkbox"/> 年額80万円以下、かつ、預貯金等の額650万円(夫婦は1,650万円)以下 (申請者が40歳以上64歳以下の場合、預貯金等の額1,000万円(夫婦は2,000万円)以下) <input type="checkbox"/> 年額80万円を超え、120万円以下、かつ、預貯金等の額550万円(夫婦は1,550万円)以下 (申請者が65歳以上74歳以下の場合、預貯金等の額1,000万円(夫婦は2,000万円)以下) <input type="checkbox"/> 年額120万円を超え、150万円以下、かつ、預貯金等の額500万円(夫婦は1,500万円)以下 (申請者が75歳以上79歳以下の場合、預貯金等の額1,000万円(夫婦は2,000万円)以下)				
	年金に関する申告	受給している全ての年金の保険者に○してください (日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済)					
		受給している非課税年金等に○してください (遺族年金(寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む)・障害年金)					
	預貯金等の内訳	預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり。					
		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。)	※()

該当するものにチェックをつけてください。

該当するものに○をつけてください。

該当するものに○をつけてください。

各通帳の残高(定期の欄含む)の合計金額を記入してください。
 ※夫婦合わせたものを記入。

預貯金通帳のページの写しをご提出ください。(別紙参照)

※内容を記入してください

- (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ください。
- (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。
- (5) ていただくことがあります。