

記入例(表面)

申請年月日を記入してください。

負担限度額を申請しようとする被保険者本人の名前とフリガナを記入してください。

介護保険負担限度額認定申請書

令和 4 年 △ 月 △ 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。

フリガナ	イセン タロウ	被保険者番号	5 3 2 0 0 ▲ ▲ ▲ ▲
被保険者氏名	伊仙 太郎	個人番号	1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1 2
生年月日	明(大) 昭 △ 年 △ 月 △ 日生	マイナンバーカードに記載されている12桁の数字です。	
住所	〇〇町△△1234番地		
施設	〇〇町△△5678番地 介護老人保健施設□□ 連絡先 09xxx-xx-xxxx		
申請年月日	令和 1 年 2 月 3 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。		

住民票の住所を記入してください。

対象者と住所が同じ場合は□にレ点を記入、違う場合は空欄に住所と連絡先を記入してください。

課税状況を確認してください。
※課税世帯だと限度額認定が非該当となります。

配偶者の有無	有	※左記欄において「無」の場合は、下記配偶者欄の記載は不要です。	
フリガナ	イセン ハナコ	生年月日	△ 年 △ 月 △ 日生
氏名	伊仙 花子	住所	〇〇町△△5678番地
関係	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ ※異なる場合はこの欄に住所と連絡先を記入してください。		
課税状況	市町村民税 課税 ・ <u>非課税</u>		

収入等に関する申告	項目	預貯金等の基準額	
		単身	配偶者有
<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者		
<input type="checkbox"/>	②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	1000 万円以下	2000 万円以下
<input type="checkbox"/>	③世帯全員が市町村民税非課税で、課税年金収入額と合計所得金額と(遺族年金・障害年金)収入額の合計額が年額80万円以下 ※寡婦年金・かん夫年金・母子年金・遺児年金を含みます。以下同じ	650 万円以下	1650 万円以下
<input checked="" type="checkbox"/>	④世帯全員が市町村民税非課税で、課税年金収入額と合計所得金額と(遺族年金・障害年金)収入額の合計額が年額80万円超120万円以下	550 万円以下	<u>1550 万円以下</u>
<input type="checkbox"/>	⑤世帯全員が市町村民税非課税で、課税年金収入額と合計所得金額と(遺族年金・障害年金)収入額の合計額が年額120万円超	500 万円以下	1500 万円以下
<input type="checkbox"/>	※第2号保険者(40歳以上64歳以下)の方で③~⑤の場合	1000 万円以下	2000 万円以下

収入について該当する項目の□にレ点を付けてください。

遺族年金や障害年金を受給している場合は該当する年金の種類に○を付けてください。

預貯金額	1,000,000 円	有価証券	円	現金・負債	円	その他	円
------	-------------	------	---	-------	---	-----	---

内容の分かる通帳、有価証券、借入証書等のコピーを付けて下さい。通帳は申請日から遡って2ヶ月分の記載が必要です。

預貯金等の基準額はこちらで確認してください。
記入例の場合は、基準額は550万円(夫)

同意書

負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「関係機関」という。)に私及び私の配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金等の残高について、報告を求めることに同意します。

令和 4 年 ○ 月 ○ 日

負担限度額の申請をしようとする被保険者本人及び配偶者の名前を記入してください。

申請年月日を記入してください。

被保険者本人 氏名	伊仙 太郎
配偶者 氏名	伊仙 花子

被保険者本人以外が申請書を提出する場合は、氏名、住所、本人との関係、連絡先を記入してください。

記入例(裏面)

負担限度額と負担割合証を発行した場合の送付先にチェックを入れ、被保険者の名前を記入する。

(裏面)

限度額認定証及び負担割合証の発行の際は下記送付先へ送付することに同意します。

送付先について
申請者住所 被保険者住所 入所又は利用している施設・居宅支援事業所
その他

被保険者本人 氏名 伊仙 太郎

※裏面に続きます。