

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

令和 7 年 8 月 1 日

(申請先) 釜石市長 あて

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	カマイシ タロウ	被保険者番号	9 8 7 6 5
被保険者氏名	釜石 太郎	個人番号	
生年月日	昭和 10 年 10 月 10 日	性別	男 ・ 女
住 所	〒 026-0000 釜石市〇〇町1-1-1	電話番号	090-0000-0000
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 026-0000 釜石市〇〇町2-2-2 特別養護老人ホーム〇〇〇	電話番号	
入所(院)年月日(※)	令和 5 年 10 月 10 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	カマイシ ハナコ
	氏 名	釜石 花子
	生年月日	昭和 11 年 11 月 11 日
	住 所	〒 026-0000 釜石市〇〇町1-1-1
	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	

配偶者がいる場合は記入してください。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者
	<input type="checkbox"/>	③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80.9万円以下です。
	<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、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円を超え、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、150万円以下です。
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	本人及び配偶者が所有する全ての預貯金額の合計を記入してください。
		預貯金、有価証券 ②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 ④の方は550万円(同1,100万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者の場合、③～⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。
預貯金額	2,000,111 円	有価証券(評価概算額) 円
		その他(現金・負債を含む) 円

※通帳の写し(口座情報・最新2か月以内の残高が分かるページ)を一緒に提出してください。

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	釜石 一郎	連絡先	080-0000-0000
申請者住所	釜石市〇〇町2-2-2	本人との関係	長男

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数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。

申請者が被保険者本人と異なる場合は記入してください。

課長	課長補佐	係長	高齢福祉係	担当	負担段階	交付年月日	年 月 日
					第1段階		
					第2段階	適用年月日	年 月 日
					第3段階①		
					第3段階②	有効期限	年 月 日
					第4段階		