

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

個人番号の欄は、空欄のままでかまいません。
個人番号を記入した場合は
●個人番号確認書類(1点)
●本人確認書類(1～2点)
のコピーを添付してください。

武蔵野市長 殿

次のとおり関係書類を添えて、居住費(滞在費)・食費に係る負担限度額認定を申請します。

被保険者	フリガナ	フリガナ		個人番号	0000000000000000
	被保険者氏名	〇〇 〇〇		被保険者番号	0000000000000000
	生年月日	明・大・(昭)	12年3月4日	入所施設名(予定も含む)と電話番号を記入してください。 入所していない場合は空欄で構いません。	
	住 所	〒180-0012 武蔵野市緑町2丁目2番28号		電話番号 0422-60-0000	
	入所した介護保険施設の名称	介護老人保健施設 ムサシノハウス		電話番号 0422-××-××××	
入所年月日	令和5年〇月〇日	サービス種別	(特養)・老健・医療院・ショートステイ		

サービス種別に○をしてください。

配偶者に関する事項	配偶者の有無	(有)・無 ※無の場合は以下のフリガナを記入してください。		配偶者(別世帯の配偶者や内縁関係も含みます)の有無に○をしてください。 「有」の場合は、「配偶者に関する事項」を記入してください。 ※配偶者が課税者の場合は制度の対象外となります。
	フリガナ	フリガナ		
	氏 名	〇〇 △△		
	生年月日	明・大・(昭)	12年1月1日	
	住 所	〒180-0012 武蔵野市緑町2丁目2番28号		
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)				

該当する項目に必ず☑をしてください。
不明の場合は、一番上に☑をしてください。

収入等に関する申告 (いずれかに「レ」を入れてください)	市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計が公的年金等に係る雑所得金額を除いた金額が					
	☒	年額82万6,500円以下、かつ、預貯金等の合計額が650万円(夫婦は1,650万円)以下				
	☐	年額82万6,500円超120万円以下、かつ、預貯金等の合計額が550万円(夫婦は1,550万円)以下				
	☐	年額120万円超、かつ、預貯金等の合計額が500万円(夫婦は1,500万円)以下				
	☐	その他(生活保護受給者・市町村民税非課税世帯等)				
非課税年金受給状況	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)	(有)・無	「有」の場合、受給しているすべての非課税年金に○をつけてください。 日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私共済		障害年金	有・無
	第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の合計額が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下					
預貯金等に関する申告	預貯金額	1,234,456 円	有価証券(評価概算額)	50,000 円	その他(現金・負債等)	300,000 円

遺族年金、障害年金について、受給の有無に○をしてください。
「有」の場合は該当する非課税年金に○をしてください。

現金は自己申告です。

保有しているすべての通帳等の預貯金残高(普通・定期)の合計金額を必ず記入してください(配偶者がいる場合は、夫婦の合計額)。
0円の場合でも「0」を記入してください。

※被保険者本人及び配偶者の保有する全ての預貯金通帳等の写しが必要となります。
※有価証券等がある場合、申請時点の評価額が確認できる書類の写しを添付してください。
(ウェブサイトの写しも可)

通帳写しについては
裏面参照

申請内容についてのお問い合わせ先(ご本人の場合は記入不要です。)

連絡先氏名	〇〇 △△	本人との関係	夫	電話番号	0422-××-×××× 090-××××-××××
-------	-------	--------	---	------	-------------------------------

申請内容についての連絡先氏名・関係・電話番号(なるべく日中連絡がとれる電話番号)を記入してください。

(3) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
また、預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しを別途添付してください。

(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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

<市記入欄>

上記の申請に基づき、以下のとおり決定する。

交付年月日	令和 年 月 日	生保	老齢福祉年金	世帯人数	課税状況	合計所得金額+年金収入額
適用年月日	令和 年 月 日	有・無	有・無	人	課税・非課税	- 82.65 + 82.65 - 120 + 120
有効期限	令和 年 月 日	配偶者	課税状況	預貯金等		
		有・無	課税・非課税	万円(夫婦 万円)以下・超		
		利用者負担段階	申請入力	決定入力	※支1・2 / 介1・2・3・4・5	
		第 段階	／却下			

番号確認	☐ 個人番号カード ☐ 住民票 ☐ その他()	身元確認	1点 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ その他() 2点 ☐ 介護保険証 ☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳 ☐ その他()	確認者印
------	---	------	---	------

収受印
