

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

榛東村長様

提出日を記入してください。

令和 7 年 6 月 29 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

フリガナ	シントウ タロウ	被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5
被保険者氏名	榛東 太郎	個人番号	1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0
生年月日	昭和 2 年 4 月 1 日	性別	男
住所	〒 370-3503 榛東村大字新井790-1	連絡先	0279-54-2211
入所(院)した 介護保険施設 の所在地及び 名称(※)	〒 370-3503 榛東村新井793-2 介護老人保健施設 山子田荘	連絡先	0279-55-0194
入所(院) 年月日(※)	平成 30 年 8 月 1 日	(※)介護保険 ショートステイ	介護保険施設に入所(院)している 場合は記入してください。ショ ートステイは記入不要です。

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。
フリガナ	シントウ ハナコ	「配偶者」は、世帯分離をしている配偶者 または、内縁関係の者を含みます。	
氏名	榛東 花子		
生年月日	明・大・昭・平 3 年 4 月 2 日		
住所	榛東村大字新井790-1		
連絡先	0279-54-2211		
本現(異)	該当すると思われる□をチェックまたは 塗りつぶしてください。		
課税状況	市町村民税	課税	非課税
非課税年金を受給している方は、受給している年金 の種類に○をしてください。			

収入等に関する申告	☐	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				
	☒	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80万9千円以下です。 (受給している年金は○してください。以下同じ。) ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。				
	☐	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80万9千円を超え、120万円以下です。				
	☐	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120万円を超えます。				
	預貯金等に関する申告	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)※第2号被保険者。(40歳以上)				
預貯金額	123,456 円	有価証券	0 円	その他(現金・負債を含む)	0 円	※内容を記入してください

有価証券、その他は、無い場合でも「0」を記入してください。

預貯金の合計額を記入し、通帳等の写しを添付してください。

配偶者がいる場合は、夫婦の合計を記入してください。

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	榛東 一郎	連絡先(自宅・勤務先)	090-1111-2222
申請者住所	榛東村大字新井790-1	本人との関係	長男

窓口に提出される方の氏名、住所、電話番号、続柄を記入してください。

電話番号は、携帯電話等平日の日中につながりやすい番号を記入してください。

注

- (1) 電話番号は、携帯電話等平日の日中につながりやすい番号を記入してください。
- (2) 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。
- (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。