

課税層／記入例

介護保険負担限度額認定申請書

介護保険被保険者証の番号、個人番号を記入

利用(予定)の介護保険施設の所在地等を記入し、サービスの種類に☑を記入
施設に入所しておらず、短期入所(ショートステイ)を利用(予定)の場合も必ず☑を記入してください。

被保険者番号 0123456789
個人番号 00000000000000

日
号室
連絡先
施設名 葛飾〇〇ホーム

利用(予定)の介護保険施設の所在地、名称及び種類
☑特別養護老人ホーム ☐介護老人保健施設 ☐介護療養型医療施設 ☐介護医療院 ☐短期入所(ショートステイ)

入所(院)年月日 昭・平・令 3 年 5 月 7 日 ※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 カイゴ サチコ
氏 名 介護 幸子
生年月日 明・大 07 00 00
住 所 葛飾区
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)
課税状況 住民税 課税 ・ 非課税

有の場合:有に○をつけ、「配偶者に関する事項」に詳細を記入
無の場合:無に○をつけ、他は記入不要

収入及び預貯金等に関する申告
(該当する☐をチェックしてください。)

チェックは不要

受給者
民税世帯非課税であって、老齢福祉年金受給者である。
有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下である。
民税世帯非課税者であって、
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
万円以下である。(受給している年金に○してください。)
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。
有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下である。
民税世帯非課税者であって、
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
万円を超え、年額120万円以下である。(受給している年金に○してください。)
、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下である。

☐ 複数ある場合すべての通帳の残高合計を記入

預貯金、金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下である。

※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 500,000 円

その他()※

ご記入いただいた方の氏名・連絡先を記入

【この申請に関する問い合わせ先】※申請者が被保険者本人、下記について記載は不要です。

申請者氏名 日中の連絡先

申請者住所 本人との関係

注意事項
(1) この申請に
(2) 預貯金等に
を添付してく
(3) 書き切れな
(4) 虚偽の申告
の規定に基づ

裏面の同意書欄も必ず記入してください。
個人番号(マイナンバー)の記入については、「介護保険における個人番号記入欄のある申請書の取り扱いについて」を参照してください。

通帳等の写し

22条第1項

処入力照合
理欄

決課長係長係員
裁