

# 申請書の記入例

様式第 32 号（第 29 条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

（申請先）

市長

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<br>被保険者氏名            | 被保険者番号                                                | 個人番号  |
| 生 年 月 日                   | 性 別                                                   | 男 ・ 女 |
| 住 所                       | 連絡先                                                   |       |
| 介護保険施設<br>の所在地及び名称<br>(中) | 連絡先                                                   |       |
| 入所（脱）年月日<br>(中)           | (※)介護保険施設に入所（脱）していない場合及び<br>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」<br>については、記載不要です。 |
| フリガナ<br>氏 名                        |       |                                               |
| 生 年 月 日                            | 年 月 日 | 個人番号                                          |
| 住 所                                | 連絡先   |                                               |
| 本年1月1日<br>現在の住所<br>(居住所と<br>異なる場合) |       |                                               |
| 課 税 状 況                            | 市町村民税 | 県税 ・ 非課税                                      |

|                              |                          |                                                                                                                                                                                                 |                |   |                       |   |             |
|------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---|-----------------------|---|-------------|
| 収入等に関する<br>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、<br>課税年金収入額と【連供年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が<br>年額 52 万 5,000 円以下です。（受給している年金に〇して下さい。以下同じ。）<br>※ 老齢年金、かん夫年金、母子年金、遺児年金、遺族年金を含みます。以下同じ。                                          |                |   |                       |   |             |
|                              | <input type="checkbox"/> | ④市町村民税世帯非課税者であって、<br>課税年金収入額と【連供年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が<br>年額 52 万 5,000 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、<br>課税年金収入額と【連供年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が<br>年額 120 万円を超えます。                                                                                                                |                |   |                       |   |             |
| 預貯金等に関する<br>申 告<br>※通帳等の写しは添 | <input type="checkbox"/> | ①貯蓄、有価証券等の宝庫の合計が②の方は 1,000 万円（未満は 2,000 万円）、③の方は 500 万円（同 1,000 万円）、④<br>の方は 500 万円（同 1,000 万円）、⑤の方は 500 万円（同 1,000 万円）以下です。<br>※第 2 号被保険者（40 歳以上 64 歳以下）の場合、②～⑤の方は 1,000 万円（未満は 2,000 万円）以下です。 |                |   |                       |   |             |
|                              | 預貯金総額                    | 円                                                                                                                                                                                               | 有価証券<br>(野亜証券) | 円 | その他<br>(現金・負債<br>を含む) | 円 | ※内容を記入して下さい |

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 | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 申請者住所 | 本人との関係      |

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (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受等を受けた場合には、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。

被保険者番号、被保険者の氏名・生年月日、性別、住所、個人番号を記入してください。

施設に入所される場合は  
こちらにも記入してください。

配偶者の有無について、当てはまる方に丸（○）をしてください。  
（同一世帯でない配偶者や事実上婚姻関係と同様の事情にある方（内縁関係）がいる方は、「有」となります。）

「有」に丸を付けた場合は、配偶者の氏名・生年月日、住所、個人番号、課税状況を記入してください。

当てはまる欄にチェックをしてください。  
年金収入には、非課税年金も含まれます。非課税年金を受給している場合は、受給している非課税年金の種類を丸（○）で囲んでください。

預貯金額、有価証券の評価概算額、その他の現金や負債の額を記入してください。  
配偶者がいる方は、本人と配偶者の預貯金額等を足しあげた額を記入してください。

申請者の氏名、住所、連絡先、本人との関係を記入してください。