

申請書の記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和XX年XX月XX日

守谷市長 宛て

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	モリヤ タロウ	被保険者番号	00000000000000
被保険者氏名	守谷 太郎	個人番号	0000000000000000
生年月日	XX年 XX月 XX日	性別	男・女
住 所	〒302 0198 茨城県守谷市大柏950-1	連絡先	0297-45-1111
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	茨城県守谷市〇〇X丁目XX番地 特別養護老人ホーム 〇〇〇〇	連絡先	XXXXX-XX-XXXXX
入所（院）年月日 （※）	XX年 XX月 XX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。	

被保険者の方について、記入してください。
個人番号（マイナンバー）も記入してください。

施設に入所される場合は、
こちらにも記入してください。

配偶者の方の個人番号（マイナンバー）も
記入してください。

配偶者がいる方は、「有」に丸を付け、
「配偶者に関する事項」を記入してくだ
さい。

・同一世帯でない配偶者
・婚姻の届け出をしていないが、事実上婚
姻関係と同様の事情にある方（内縁関係）
も「有」となります。

配偶者の課税状況について、どちらかに丸
をつけてください。

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 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	モリヤ ハナコ		
氏 名	守谷 花子		
生年月日	XX年 XX月 XX日	個人番号	0000000000000000
住 所	〒302-0198 茨城県守谷市大柏950-1 連絡先 0297-45-1111		
本年1月1日 現在の住所と 異なる場合	<input type="checkbox"/>		
課税状況	市町村民税 課税	<input checked="" type="radio"/> 非課税	

非課税年金を受給している場合は、受給し
ている年金の種類を〇で囲んでください。

当てはまる欄にチェックしてください。

受給しているすべての年金の保険者を〇で
囲んでください。

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	受給している全 ての年金の保険者 に 〇をしてください
	<input checked="" 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80万円以下です。（受給している年金に〇してください。以下同じ。） ※遺族年金、かん夫年金、母子年金、障害年金、遺児年金を含みます。以下同じ。	<input checked="" type="radio"/> 日本年金機構
	<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80万円を超え、120万円以上です。	<input type="radio"/> 地方公務員共済
	<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120万円を超えます。	<input type="radio"/> 国家公務員共済 <input type="radio"/> 私学共済
預貯金等 に関する申告 ※通帳等の写 しは別添	<input checked="" type="checkbox"/> ①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）、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。	
預貯金額	XXX, XXX円	有価証券 (評価額) XXX, XXX円
		その他 (現金・負債 を含む) ※内容を記入してください

内容を確認し、チェックをしてください。
預貯金の額などが、添付した通帳などの写
しと合致しているか確認してください。
(配偶者がいる方は、本人と配偶者の預貯
金の額を足しあげた額を記入します。)

窓口でお手続きをされる方について記入し
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	守谷 花子	連絡先	（自筆・勤務先） 0297-45-1111
申請者住所	茨城県守谷市大柏950-1	本人との関係	妻

注意事項

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。