

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

| | | | |
|----------------------|--|--------------------|--|
| 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 1 2 3 4 5 | 個人番号 | |
| フリガナ | さんようおのだ たろう | 生年月日 | 明・大(昭)10年10月10日生 |
| 氏名 | 山陽小野田 太郎 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒750-0000 山陽小野田市日の出0000 | 電話番号 | 0836 (82) |
| 介護保険施設の所在地及び名称 | 老人保健施設0000 | 電話番号 | 0836 (82) |
| 入所年月日 | 00日 | 本人の収入状況について | 本人の収入状況について、(院)しない場合には記入不要です。 当てはまるものにチェックを入れてください。 (不明な場合は空欄で結構です。) |
| 配偶者 | 有 | 配偶者氏名 | 田 花子 |
| ※右欄において「無」の場合は記入不要です | 無 | 配偶者生年月日 | 明治・大正・(昭和) |
| 本人の収入等に関する申告 | <input checked="" type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者 <input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○してください) ※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。 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。(受給している年金に○してください) | 受給している年金に○をしてください。 | 受給しているすべての年金の保険者に○してください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済 |
| 預貯金等に関する申告 | <input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※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 | 有価証券(評価概算額) |
| | | 円 | 円 |
| 申請者住所 | 山陽小野田市日の出0000 | 代筆者住所 | 山陽小野田 |
| 申請者氏名 | 山陽小野田 太郎 | 代筆者氏名(続柄) | 山陽小野田 氏名(続柄) |
| 申請者電話番号 | 0836-82-0000 | 代筆者電話番号 | |

配偶者の有無のいずれかに○をし、有の場合は配偶者情報を記入してください。

本人の収入状況について、当てはまるものにチェックを入れてください。(不明な場合は空欄で結構です。)

受給している年金に○をしてください。

受給しているすべての年金の保険者に○してください。

代筆の場合は、代筆者の住所・氏名・続柄・連絡先を記入してください

- 【注意】
- この申告書における「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。
 - 年度途中において税更正等を行った場合は、遡って、負担限度額段階を変更する場合があります。
 - 預貯金等については、通帳の写し等を複数保有している場合はそのすべての写しを申請書にホッチキスでとめてください。
 - 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。

預貯金等の額について、基準額を下回っていることを確認し、チェックを入れてください。また、その金額(ご夫婦の場合は合計金額)を記入してください。
※預金通帳等のコピー(表紙と、申請日から2ヶ月前までの通帳の記載)を必ず添付してください。

| | |
|-----------|------|
| 【利用者負担段階】 | 備 |
| 食費・居住費: | 第 段階 |
| 適用期間 | |
| 平成 年 月 日 | |
| 平成 年 月 日 | |

その他は、預貯金額で記載した金額以外の現金・負債等の金額を記入してください。
※説明書の裏面を確認し、その金額を証するために必要な書類のコピーを添付してください。

裏面の同意書も忘れずに記入してください。代筆の場合は代筆者の住所・氏名も記入してください。