

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

山陽小野田市長 宛

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。

被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	個人番号	
フリガナ	サンヨウオノダ タロウ	生年月日	明・大・昭10年10月10日生
被保険者氏名	山陽小野田 太郎	性別	男 ・ 女
住所	山陽小野田市日の出0000	マイナンバー	56-0000 山陽小野田市日の出0000 電話番号 0836(82)0000
入所年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	配偶者	有
フリガナ	サンヨウオノダ ハナコ	個人番号	
氏名	山陽小野田 花子	生年月日	明・大・昭10年12月10日生
住所	山陽小野田市日の出0000	電話	
本人の収入・預金状況	第3段階 ②	非課税	
預貯金等に関する申告	第3段階 ②	預貯金額	円
有価証券(評価概算額)		有価証券(評価概算額)	円
その他(現金・負債を含む)		その他(現金・負債を含む)	円
申請者住所	山陽小野田市日の出0000	代筆者住所	
申請者氏名	山陽小野田 太郎	代筆者氏名(続柄)	
		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。

マイナンバーを記入してください。

受給している年金、年金保険者に○をしてください。

本人の収入・預金状況について、当てはまる段階にチェックを入れてください。
※第2段階以降は、収入と預金のいずれの基準にも該当する必要があります。
※不明な場合は空欄で結構です。

受給している年金の保険者に○をしてください。

日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済
私学共済

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。

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か月前までの通帳の記載)を必ず添付してください。

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。

本人確認欄 1点確認 マ・免・身・旅・特・他()
2点確認 健・介・後・年・生・他()