

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

木曾広域連合長 様

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	キソ ハナコ	個人番号										
被保険者氏名	木曾 花子	被保険者番号	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8
生年月日	明・大・ 昭 5年 3月 1日											
住 所	木曾町日義 9999 電話番号****-**-****											
入所介護保険施設の所在地及び名称(※)	特別養護老人ホーム こういき											
入所(院)年月日(※)	令和3年 6月 5日	(※)介護保険施設 利用している	認定対象者本人の 情報を記入ください									

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有	無	「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	キソ	タロウ	生年月日	明・大・昭	年	月	日					
氏 名	木曾 太郎											
住 所	木曾町日義 9999											
本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)												
課税状況	市町村民税	課税	・	<input checked="" type="radio"/> 非課税								

前年の収入状況に当てはまる欄にチェックしてください

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】の合計額が年額80万円以下です。	受給している全ての年金の保険者に○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 私立学共済
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・ 障害年金 】の合計額が年額80万円を超えて、120万円以下です。	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】の合計額が年額80万円を超えて、120万円を超えています。	

非課税年金を受給している場合は○をしてください。

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は要件を満たしている(※)。 ※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	4,500,123円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)
				(現金)※ 120,000円

※内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合は記載不要です。

申請者氏名	木曾 次郎	申請者本人との関係	子
申請者住所	木曾町日義 8888	日	

現在の預貯金の状況について記入してください
※貯金通帳等のコピーを添付

申請者が本人と異なる場合は記入ください

(2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。

(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費等給された額及び最大2倍の加算金を返還していただく

※裏面の同意書にもご署名ください(利用者名)