

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

認定要件の確認	本人及び世帯員の市町村民税の課税状況	<input type="checkbox"/> 1 : 本人（被保険者）が生かかつ本人が老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 3 : 市町村民税世帯非課税障害年金の収入額、その他 ※寡婦年金、かん夫年金、 <input type="checkbox"/> 4 : 市町村民税世帯非課税障害年金の収入額、その他 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下） 3～5の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下	ご本人が受給されている ・課税年金収入 ・非課税年金収入（遺族年金・障害年金） ・年金以外の所得 の年間合計額について、いずれか該当する項目の一つに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。
	本人及び配偶者の預貯金額	<input checked="" type="checkbox"/> 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 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下） 3～5の方は1000万円（夫婦は2000万円）	上記1～5の収入額に応じて、貯金等の上限があります。この要件に該当する場合、 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 ※該当しない場合は、認定の対象外です。

被保険者の情報	被保険者番号	1 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	1 2 3 4 * * * * * * 8 9
	フリガナ	トザワ ハチ		生年月日
	被保険者氏名	所沢 花子		
	住所	郵便番号	359-0042	
		所沢市並木1-1-1		
	電話番号	04 (2999) 1234		
	被保険者が現在受けているサービス	<input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所（院）している <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険施設に入所（院）予定 <input type="checkbox"/> ショートステイ		
入所（院）している介護保険施設の名称	特別養護老人ホーム ○○園			
介護保険施設の所在地	郵便番号	359-0000		
	所沢市○○9-9-9			
入所（院）年月日	令和 5年 5月 5日			

個人番号（マイナンバー）が不明の場合は、空欄でも大丈夫です。

・特別養護老人ホーム
 ・介護老人保健施設
 ・介護療養型医療施設
 ・介護医療院
 ・ショートステイサービス事業所
 が対象です。

 未定の場合は、「未定」と記入してください。

※裏面もあります。

提出代行者の情報	提出代行者の氏名		被保険者との関係	
	事業所の名称	ケアマネージャー等が代行申請する場合、ご記入ください。		
	事業所の住所			
	事業所の電話番号	()		

配偶者の情報	配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	別居・内縁関係も含まれます。									
	個人番号	1	2	3	4	*	*	*	*	*	*	9	0
	フリガナ	トコザリ 伊吹					生年月日	明・大・昭					
	配偶者の氏名	所沢 一郎						14年 8月 1日					
	配偶者の現住所	郵便番号	300 0042										
		所沢市並木1-1											
配偶者の本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	郵便番号	個人番号（マイナンバー）が不明の場合は、空欄でも大丈夫です。											

預貯金等の情報	本人及び世帯全員の市町村民税の課税状況	<input type="checkbox"/> 課税	<input checked="" type="checkbox"/> 非課税	受給されている「非課税年金」の情報を記入してください。不明の場合は、空欄でも大丈夫です。	
	配偶者の市町村民税の課税状況	<input type="checkbox"/> 課税	<input checked="" type="checkbox"/> 非課税		
	本人の基礎年金番号	11111111			
	年金の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金	<input type="checkbox"/> 障害年金		<input type="checkbox"/> なし
	本人の1年間の年金収入金額	1,000,000円			
	本人の預貯金、有価証券等及びその他（負債等）の金額	預貯金額	円		
		有価証券評価概算額	円		
		その他（負債等）額	円		
	配偶者の預貯金、有価証券等及びその他（負債等）の金額	預貯金額	円		
		有価証券評価概算額	円		
その他（負債等）額		円			

連絡先（家族・後見人等が申請する場合）

氏名	所沢 次郎	住所	所沢市〇〇町1-2-3		
		続柄	長男	電話番号	090 (****) 1234

注意事項

- 複数の預貯金等を所有している場合は、その全ての合計額を記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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倍の加算金を支払っていただくことがあります。
- 別様式の「同意書」を必ず添付してください。添付がない場合、負担限度額認定申請の受付はできません。