

# 記入例

## 介護保険 負担限度額認定申請書

(申請先)  
河内町長 様

令和 年 月 日

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。

### 氏名・生年月日・住所等の記載に誤りがないか確認ください

被保険者氏名			国民健康保険番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
生年月日	昭和 年 月 日	性別	女											
住所	300- 番地 河内町 番地		連絡先											
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)				連絡先										
入所(院)年月日(※)	どちらかに○をしてください			(※) 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。										
配偶者の有無	有 ・ 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。										
配偶者に関する事項	フリガナ	配偶者がいる方は氏名・生年月日・住所・連絡先の記入をお願いします												
	氏名													
	生年月日	年 月 日	個人番号											
	住所			連絡先										
	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 ・ 非課税		配偶者の課税状況に○をしてください											
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○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	
	<input 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○して下さい。以下同じ。) ※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"/>	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、120万円以下です。												
	<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。												
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<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	150万 円	有価証券(評価概算額)	0 円	その他(現金・負債を含む)	( 現金50万 ※ 円								

該当する箇所に○  
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			連絡先(自宅・勤務先)		
申請者住所	本人が提出や記入される場合には記載不要			本人との関係	長男

### 注意事項

窓口にお越しになる方の氏名・住所・連絡先・続柄を記入してください。 ※通帳等の写しを添

郵送の場合は代理記入された方の氏名・住所・連絡先・続柄を記入してください

※詳細は、本町に於ける介護保険事務センターに電話していただくことがあります。