

記入例

入所施設名をご記入ください。(ショートステイ利用の場合は記入不要です。)

介護保険負担限度額認定申請書

被保険者本人の被保険者番号と個人番号をご記入ください。

年 月 日

(申請先)
安曇野市長

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。

被保険者本人の連絡先をご記入ください。

同一世帯、別世帯を問わず、配偶者がいれば「有」に○をして「配偶者に関する事項」をご記入ください。いなければ「無」に○をし、「配偶者に関する事項」の記入は不要です。

配偶者の個人番号をご記入ください。

配偶者の1月1日現在の住所地が現住所と異なる場合のみご記入ください。

配偶者の課税状況をご記入ください(課税・非課税)

本人と配偶者の預貯金等の額の合計をご記入ください。添付書類(通帳の写しなど)の金額と合うことをご確認ください。夫婦以外の方の資産は計上しません。

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号														
	個人番号														
	生年月日														
住所	〒												電話番号		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒												電話番号		
入所(院)年月日(※)													(※) 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		配偶者の有無が「無」の場合、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															
	氏名															
	生年月日													個人番号		
	住所	〒												電話番号		
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒												電話番号		
課税状況	市町村民税															

収入等に関する申告	☐ ① 生活保護受給者	生活保護受給者(※)である高齢福祉年金受給者											
	☐ ② 課税	①～④の中のうちあてはまるものにチェックしてください。											
	☐ ③ 課税	※非課税年金を受給している場合は、【遺族年金・障害年金】のどちらかのうちあてはまるものに○してください。											
	☐ ④ 課税	※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。											
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)以下です。												
	預貯金額	円		有価証券(評価概算額)	円		その他(現金・負債を含む)	() ※ 円		※内容を記入してください			

申請者氏名	申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。											
申請者住所	連絡先											
	本人との関係											

注意事項

- この申請書における「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まず、
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等が複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。

第22条第1項の規定に基づき、

被保険者本人以外の方が申請する場合、その方についてご記入ください。
被保険者本人が申請する場合は記入不要です。
本人からの依頼があれば、施設職員等による申請も可能です。