

記載例

第28号様式（第26条）

介護保険負担限度額認定申請書

(あて先)

令和〇年〇月〇〇日

印西市長

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。

フリガナ	インザイ タロウ	被保険者番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
被保険者氏名	印西 太郎	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	昭和5年11月1日													
住所	印西市大森2364-2 連絡先 0476-42-5111													
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 （※）	（※）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、「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	インザイ ハナコ												
	氏名	印西 花子												
	生年月日	昭和6年2月5日	個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
	住所	印西市大森2364-2 連絡先 0476-42-5111												
	該当する番号に○をつけてください。 ※1、3、4番に該当しない方は、 2番に基づく申請です。													
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税													

申請理由 ※該当番号に丸	1. 生活保護受給者 2. 市民税非課税世帯 3. 境界層該当 4. 特例減額措置													
収入等に関する申告 (いずれかに チェック☑)	☐	①生活保護受給者 ②市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者												
	☐	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】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○してください。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。												
	☐	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】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。												
	☒	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】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	☒	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歳未満）は、⑤の方の500万円にプラスして、 ⑥の方の500万円を加算して、1,000万円以下です。												
	預貯金額	510,213円	有価証券 （評価概算額）	0円	その他 （現金・負債を含む）	() ※	105,111円							

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。

※内容を記入して下さい

申請者氏名	印西 小太郎	連絡先（自宅・勤務先）	90-0000-0000
申請者住所	印西市大森0000-0	との関係	子

注意事項

- (1) 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みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を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。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか別紙に記入の上、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倍の加算金を加えて返還していただくことがあります。

裏面も参照ください