介護保険負担限度額認定申請書

（申請先）

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 被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生 年 月 日			
住　所	〒　　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（※）		（※）介護保険施設に入院（所）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 氏　名				
	生年月日		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			

収入等に関する申告	□	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
	□	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82.65万円以下です。（受給している年金に〇して下さい。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。
	□	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82.65万円を超え、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】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。

受給している全ての年金の保険者に〇してください

日本年金機構

地方公務員共済

国家公務員共済

私学共済

預貯金等に関する申告	□	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	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 〒	本人との関係

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所有している場合は、そのすべてを記入し、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倍の加算金を返還していただくことがあります。

介護保険負担限度額認定申請書　記入例

（申請先）

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。

番号がわかる場合はご記入下さい
ご不明の場合は記入不要です

フリガナ 被保険者氏名	オヤマ　タロウ **小山　太郎**	被保険者番号	**9876543210**
生年月日	**昭和10年1月1日**	個人番号	**123456789123**
住　所	〒323-8686 **小山市中央町1丁目1番1号**	連絡先	**0285 - 22 - 9541**
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒323-0023 **小山市中央町2丁目2番2号　　特別養護老人ホーム　小山荘**	連絡先	**0285 - 22 - 9549**
入所（院）年月日（※）	**令和7年7月1日**	（※）介護保険施設に入院（所）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 氏　名	オヤマ　ハナコ **小山　花子**		
	生年月日	**昭和10年2月2日**	個人番号	**123456789321**
	住　所	〒323-8686 **小山市中央町１丁目1番1号**	連絡先	**0285 - 22 - 9541**
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒323-0023 **小山市中央町2丁目2番３号**		
	課税状況	市町村民税　　課税　・　非課税（○）		

収入等に関する申告	☐	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
	☑	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80.9万円以下です。（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。
	☐	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80.9万円を超え、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】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	☑	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の方は、350万円（同1350万円）以下です。

受給している全ての年金の保険者に○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

通帳等の写しを添付してください
※配偶者の方がいる場合は、夫婦の通帳の写しを添付してください

預貯金額	**1,234,567**円	有価証券（評価概算額）		)※ 円 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 **小山　花子**	連絡先（自宅・勤務先） **0285 - 22 - 9541**
申請者住所 〒 **323-8686** **小山市中央町１丁目1番1号**	本人との関係 **妻**

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所有している場合は、そのすべてを記入し、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倍の加算金を返還していただくことがあります。