記入例

（第１０条関係）

■の部分を記入してください。

介護保険負担限度額認定申請書

提出する日を記入してください。

令和　○年　○月　○日

被保険者の氏名を記入してください。

（申請先）高松市長

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 被保険者氏名	カイゴ　タロウ 介護　太郎	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
		個人番号	3 3 3 3 4 4 4 4 5 5 5 5
		生年月日	
住所	高松市番町一丁目８番１５号		３３９－２３２６
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	特別養護老人ホーム　高松介護保険荘	電話番号	０８７－８３９－２３３７
入所（院）年月日（※）	平成３０年６月１０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の場合は記入不要です。	

介護施設に入所していない場合及びショートステイの場合は記入不要です。

配偶者の有無	有　・　無	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	カイゴ　ハナコ		
氏名	介護　花子		
生年月日	明・大・昭　３年３月３日	個人番号	7 7 7 7 8 8 8 8 9 9 9 9
住所	高松市番町一丁目８番１５号	電話番号	０８７－８３９－２３３７
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　課税　・　非課税		

配偶者が「無」の場合は記入不要です。

収入等に関する申告	□	①生活保護受給者／②市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者
	□	③市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○してください） ※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
	☑	⑤市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

遺族年金・障害年金を受給している場合は○をしてください。

預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☑	※第２号被保険者（40 歳以上 64 歳以下）の場合、③～⑤の方は				以下です。
	預貯金額	3,000,000 円	有価証券（評価概算額）	0 円	その他（現金・負債を含む）	（　　）※ 100,000 円 ※内容を記入してください。

預貯金残高の合計額を記入してください。定期預金や定期積金等も含みます。

株・投資信託・証券等の合計額を記入してください。

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。

申請者氏名　窓口　次郎	連絡先（自宅・勤務先） ０８７－８３９－２３２６
申請者住所 〒	本人との関係 子

窓口に提出に来られる方の氏名、住所、連絡先及び本人との関係を記入してください。

注意事項

(1)　この申請
(2)　預貯金等
(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。

市記入欄

介護区分	認定期間	世帯課税	老福	生保	給付制限
支・１・２・３・４・５	～	非　・　課	有　・　無	有　・　無	有　・　無