

記入例

10条関係)

提出する日を記入してください。

の部分を入力してください。

令和 4年 4月 1日

(宛先) 高松市長

被保険者の氏名を記入してください。

介護保険負担限度額認定申請書

マイナンバーを記入してください。

次のとおり関係書類を添付し、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額の認定を申請します。

フリガナ	カイゴ タロウ	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
被保険者氏名	介護 太郎	個人番号	3	3	3	3	4	4	4	4	5	5	5	5
生年月日	明・大・昭 10年10月10日													
住所	高松市番町一丁目8番15号													
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	連絡先	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を利用している場合は、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。

配偶者が「無」の場合は記入不要です。

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、記入不要です。

マイナンバーを記入してください。

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
	住所	高松市番町一丁目8番15号
	連絡先	087-839-2326
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）		
課税状況	市民税	課税・非課税

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者
	<input type="checkbox"/>	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】（受給している年金に○をしてください。以下同じ。）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。
	<input type="checkbox"/>	④ 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。【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 checked="" type="checkbox"/>	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年額120万円を超えます。
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方及び第2号被保険者の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下、⑤の通り。 ※預 株・投資信託・証券等の合計額を記入してください。
	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）	現金 100,000円

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

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	高松市番町一丁目8番15号	本人との関係	子

注 1 この申請書における「配偶者」は、申請者本人の配偶者を指します。 2 この申告書における「遺族年金」は、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金を指します。

- 3 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、その合計額を記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 4 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。
- 5 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、支給された額及びその最大2倍に相当する額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

受付担当者は裏面も記入してください。

