

記入例

受付印

介護保険負担限度額認定申請書

(例) 令和6年8月1日から令和7年7月31日の利用分⇒令和6年度
令和7年8月1日から令和8年7月31日の利用分⇒令和7年度
※認定開始日は、申請月により異なります。

申請日を記入してください。

令和7年7月1日

小松島市長 殿

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。

		年度					令和7年度							
フリガナ	コマツシマ 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	小松島 太郎	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	明・大・昭 ○年 △月 □日													
住所	小松島市○○町△番□号	電話番号 0885-○○-△△△△												
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	小松島市○○町×番×号 特別養護老人ホーム ○○苑	電話番号 0885-××-××××												
入所(院)年月日(※)	昭・平・令 2年 5月 1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、以下の「配偶者に関する事項」については、記入不要です。												
フリガナ	コマツシマ ハナコ	配偶者の方がいる場合は「有」に○をして配偶者に関する事項を記入してください。亡くなっている場合は「無」に○をして下さい。配偶者に関する事項の記入は不要です。												
氏名	小松島 花子													
生年月日	明・大・昭 △年 □月 ○日	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
住所	同上	電話番号 同上												
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	1月～7月申請分につきましては、前年の1月1日時点での住所となります。													
課税状況	市町村民税 課税・非課税													

該当するところにチェックを入れてください。非課税年金受給の有無において「有」の方は、遺族年金または障害年金のうち受給している方に○をし

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	① 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	非課税年金受給の有無 有・無	
	<input checked="" type="checkbox"/>	② 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額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。		受給している全ての年金の保険者に○して下さい ・日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私学共済
	<input type="checkbox"/>	③-1 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。		
<input type="checkbox"/>	③-2 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。			

受給している課税年金、非課税年金の保険者に○して下さい。

夫婦の場合、合計額だけの記入で構いません。有価証券、現金、負債等該当するものがない場合は、「0円」または「無し」とご記入ください。

預貯金等に関する申告	預貯金、有価証券等の金額の合計額が①の方は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、③-1の方は550万円(同1550万円)、③-2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、①、②、③-1、③-2の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。					
証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり	預貯金額	7,654,321円	有価証券(評価概算額)	250,000円	その他(現金・負債を含む)	(現金)※ 100,000円 ※内容を記入して下さい

送付先変更	しない・する	【施設・その他()】
-------	--------	-------------

提出者が被保険者本人の場合は、下記について記入不要です。

代理申請者氏名	小松島 一郎	連絡先(自宅・勤務先)	電話番号 0885-□□-○○○○
代理申請者住所	〒773-×××× 小松島市△△町□番○号	本人との関係	子

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みます。
- 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、そのすべてを記入し、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。
- 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。
- 段階の判定の基準となる合計所得金額は、「長期譲渡所得及び短期譲渡所得に係る特別控除額」と「年金収入に係る所得額」を控除した額となります。

現在、介護保険被保険者証等を送付している送付先以外に送付を希望する場合は「する」に○をつけ、施設宛かその他に○をつけ、送付先をご記入ください。
この送付先は、今回の結果送付のみに適用されます。

個人番号(本人)	個人番号(配偶者)	代理権(本人)	代理権(配偶者)	代理申請者身分確認	認定結果	備考
小松島市確認欄						