

表 面

申請書 記入例

様式第43号（第33条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

○年○月○日

（申請先）
十日町市長 様

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	トオカマチ ハナコ	被保険者番号	0008010000
	十日町 花子	個人番号	個人番号は記載不要です
		生 年 月 日	昭和○○年○○月○○日
住 所	〒 948-0000 十日町市△△番地 特別養護老人ホーム○○○ 電話番号 025-757-0000		
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	〒 948-0000 十日町市△△番地 特別養護老人ホーム○○○ 電話番号 025-757-0000		
入所（院）年月日 （※）	RO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	配偶者の有無が「無」の場合、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	トオカマチ タロウ	
	氏 名	十日町 太郎	
	生 年 月 日	昭和○○年○○月○○日	個人番号
	住 所	〒 948-0000 十日町市△△番地 特別養護老人ホーム○○○ 電話番号 025-757-0000	
	本年1月1日 現在の住所と 異なる場合	〒 電話番号	
課 税 状 況	市町村民税	課税 又は 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高齢福祉年金受給者			
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額（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。 ※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市町村民税課税年金収入額82.65万円以下です。			
	☐	⑤市町村民税課税年金収入額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1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、 ⑤の方は500万円（同1,500万円）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1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。			
	預貯金額	500,000 円	有価証券 （評価概算額）	0 円	その他 （現金・負債を 含む）

申請者氏名	十日町 次郎	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。
申請者住所	〒 948-0000 十日町市○○番地	連絡先（自宅・勤務先） 090-0000-0000
		本人との関係 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、
金返還を請求することがあります。

被保険者本人以外が
申請書を提出する場
合は、申請に関する
問い合わせ先とし
て、申請者欄を記入
してください。

【お願い】
印字されている内容
に修正等がある場
合は、お手数です
が、2重線を引いて
訂正・加筆してくだ
さい。

ショートステイの利用
の場合、入所施設
・入所日の欄は記入
不要です。

配偶者がいる方は、
配偶者に関する事項
の全てを必ず記入し
てください。

本人が遺族年金（寡
婦・かん夫・母子・
準母子遺児年金を含
む）・障害年金など
の非課税年金を受
給している場合は、
必ず○で囲んでくだ
さい。

【重要】 預貯金
額・有価証券評価
額・その他現金等金
額の欄には、必ず本
人と配偶者の合計
額を記入し、規定の
額以下であれば☑
を記入してください
（本人が生活保護受給
者の場合は記載不
要）

内容を確認のうえ、下段『預貯金等に関する申告』欄の
預貯金等上限額を判断してください。