

表面

申請書 記入例

【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、必ず〇で囲んでください。

【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)

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。

介護保険負担限度額認定申請書									
十日町市長様					○年○月○日				
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	トオカマチ ハナコ				被保険者番号	0008010000			
被保険者氏名	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				性別	女			
住所	〒 948-0000 十日町市△△番地 特別養護老人ホーム○○○				連絡先	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○○○				連絡先	025-757-0000			
入所（院） 年月日（※）	R 3 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				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 フリガナ	トオカマチ タロウ								
配偶者 氏名	十日町 太郎								
配偶者 生年月日	明・大・昭・平 年 月 日				個人番号				
配偶者 住所	十日町市○○番地				連絡先	025-752-0000			
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	☐ 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 課税年金収入額と【 ※ 寡婦年金、かんき ④市町村民税世帯非課税 課税年金収入額と【 120万円以下です。 ☐ ⑤市町村民税世帯非課税 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所計並額の合計額が年間120万円を超えない 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。								
預貯金等に関する 申告 ※通帳等の写しは別添	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）	現金 10,000	円
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	十日町 次郎				連絡先（自宅・勤務先）	090-0000-0000			
申請者住所	十日町市○○番地				本人との関係	子			