

# 記入例

## 介護保険負担限度額認定申請書

申請年月日を記入してください。

負担限度額を申請しようとする被保険者本人の名前とフリガナを記入

(申請先) 福岡県介護保険広域連合長

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	コウイキ タロウ	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
被保険者氏名	広域 太郎	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
生年月日	明治・大正・昭和 12年 3月 4日	性別	男・女
住所	〇〇市△△1234番地	連絡先	090-XXXX-XXXX
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〇〇市▲▲1234番地 介護老人保健施設□□	連絡先	09XX-XX-XXXX
入所(院)年月日(※)	令和 2年 3月 4日	事業所番号(※)	4 0 0 0 0 0 0 0 0 0

(※)ショートステイを利用している場合は、記入不要です。

市町  
受付印

R3

市町担当者記入  
R3.7.31までの受付分は全てR2.R3と記入して下さい。  
※R2.R3申請書が違いますので、ご注意ください。

住民票の住所を記入してください。

介護保険被保険者証に記載されている0から始まる10桁の数字で

入所中の施設の住所と名前、電話番号を記入

マイナンバーカードに記載されている12桁の数字で

配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 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、記載不要です。	
フリガナ	コウイキ ハナコ	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
配偶者氏名	広域 花子	生年月日	明・大・昭和 11年 2月 3日
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ	市町村住民税課税状況	課税・非課税
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)		連絡先	

対象者と住所が同じ場合は□にレ点を付けてください。  
住所が違う場合は住所と連絡先を記入してください。

収入について、該当する項目の□にレ点を付けてください。また、遺族年金や障害年金を受給している場合は該当する年金の種類に○を付けてください

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村住民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	1000万円(夫婦は2000万円)以下	
	<input type="checkbox"/>	市町村住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、遺族年金を含みます。以下同じ。	650万円(夫婦は1650万円)以下	
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村住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80万円を超え120万円以下です。(受給している年金に○してください)	550万円(夫婦は1550万円)以下	
	<input type="checkbox"/>	市町村住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。(受給している年金に○してください)	500万円(夫婦は1500万円)以下	
預貯金等の申告	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。			
	預貯金額(別紙合計①)	1,000,000 円	有価証券(別紙合計②)	円
			現金・負債その他(別紙合計③)	500,000 円

※上記に記載した金額については、別紙の各項目の合計と同額になるように記載してください。

預貯金等の基準額はこちらで確認してください。

記入例の場合は、基準額は550万円(夫婦は1550万円)となります。

預貯金等の合計が基準額以下の場合□にレ点を付けて、別紙の資産に関する申告書の①~③の金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、下記について記載は不要です。

申請者氏名	広域 次郎	本人との関係	子	連絡先(自宅・勤務先・携帯)	080-XXXX-XXXX
申請者住所	☆☆町◆◆4321番地				

被保険者本人以外が申請書を提出する場合は、氏名、住所、本人との関係、連絡先を記入してください。

- 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。

※ここには何も記入しないでください。