

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

（宛元）新発田市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担額を申請日は届出日を記入してください。

フリガナ	シバタ タロウ		保険者番号														
被保険者氏名	新発田 太郎		被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	0	0	0				
			個人番号	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6		
生年月日	昭和 1年 2月 3日		性別	男													
住所	〒957-8686 新発田市中央町3丁目3番3号																
	連絡先 0254-22-3030																
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒957-0053 新発田市中央町4丁目10番4号 特別養護老人ホーム 新発田市 連絡先 0254-22-3101																
入所（院）年月日（※）	平成 28年 1月 1日				（※）介護保険施設に入所（院）して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																
配偶者に関する事項	フリガナ	シバタ ハナコ															
	氏名	新発田 花子															
	生年月日	昭和 2年 12月 25日				個人番号	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	住所	新発田市中央町3丁目3番3号 連絡先 0254-22-3030															
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）																	
課税状況	市町村住民税 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（※市町村世帯非課税者による高齢福祉年金受給者） <input type="checkbox"/> ②『収入等に関する申告』 ・当てはまる項目にチェックをお願いします。また、遺族/障害年金を受給している場合、必ずその種別に○を付けてください。 <input checked="" type="checkbox"/> ③課税 ・課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80 万円を超え、120 万円以下です。 <input type="checkbox"/> ④市町村住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。 <input type="checkbox"/> ⑤市町村住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、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。																
	預貯金額	5,002,619 円		有価証券（評価概算額）	0 円		その他（現金・負債を含む）	() ※									0 円

申請者氏名	新発田
申請者住所	新発田

- 注意事項
- この申請書における「配偶者」
 - 預貯金等については、同じ種別
 - 書ききれない場合は、余白に
 - 虚偽の申告により不正に特定入

『預貯金等に関する申告』

- ・配偶者がいる場合は、記入額はすべて夫婦合計額を記入してください。
- ・預貯金額を記入し、直近2カ月以内に記帳された通帳の写し（①銀行名・支店・口座番号・名義が分かる部分と ②最終残高が分かる部分）を添付してください。
- ・有価証券は現在の評価概算額を記入し、価格評価を確認できる書類を添付してください（ただし、書類の入手が容易な場合に限る）。
- ・「その他」の欄は、ご自宅の手持ち現金、負債（借金）などを記入してください。名目と金額を記入し、負債の場合は必ずー（マイナス）を付けてください。

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。

