

【記載例】

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ	シズオカ タロウ	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
被保険者氏名	静岡 太郎	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
生年月日	大正 ・ 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
住所	静岡市葵区追手町〇番〇号		
介護保険施設の所在地及び名称	※ 介護保険施設に入所(院)し 静岡市葵区〇〇町〇番〇号 特別養護老人ホーム〇〇 入所している施設の住所・施設名・電話番号・施設への入所日を記入してください。 入所(院)年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 電話番号 054-〇〇〇-〇〇〇〇		
配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 無の場合、下の「配偶者に関する事項」は記入不要です。		
配偶者に関する事項	フリガナ	シズオカ ハナコ	個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	氏名	静岡 花子	生年月日 明 ・ 大 ・ 昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と異なる	電話番号 054-〇〇〇-〇〇〇〇
	本年1月1日現在の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 上の住所と同じ <input type="checkbox"/> 上の住所と異なる	配偶者が有の場合、配偶者の氏名・生年月日・課税状況を記入してください。住所を記入する必要がある場合は住所の記入もお願いします。
	課税状況	市町村民税 <input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税	

(注) 配偶者には、事実婚である者を含みます。

(宛先) 静岡市長
上記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の申請をします。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

住所 **静岡市葵区追手町〇番〇号**

(申請者) 氏名 **静岡 太郎** 電話番号 054-〇〇〇-〇〇〇〇

(被保険者との関係: 本人)

問合せ先: (氏名)

(被保険者との関係)

(電話番号)

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者または①市民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者です。
	<input checked="" type="checkbox"/>	②市民税世帯非課税であって、課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 該当する項目をチェックし、預貯金額等を記入してください。
	<input type="checkbox"/>	③-1市民税世帯非課税であって、課税年金収入額、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"/>	③-2市民税世帯非課税であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、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。

非課税年金の種類に関する申告	遺族年金	受給 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害年金	受給 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済			

預貯金等に関する申告	預貯金、有価証券等の金額の合計が次のとおりです。 <input type="checkbox"/> ①で1,000万円(夫婦2,000万円)以下 <input type="checkbox"/> ②で650万円(夫婦は1,650万円)以下 <input type="checkbox"/> ③-1で550万円(夫婦1,550万円)以下 <input type="checkbox"/> ③-2で500万円(夫婦は1,500万円)以下 <input type="checkbox"/> 第2号被保険者で1,000万円(夫婦は2,000万円)以下 ※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり			
	預貯金額	有価証券 (評価概算額)	その他 (現金・負債含む)	(負債)

(注)1 遺族年金には寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母
 2 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複
 3 預貯金等に関する記載しきれない場合は、
 4 その他については、預貯金等
 5

非課税年金(遺族年金・障害年金)の受給有無をチェックしてください。
 非課税年金「有」の場合は、年金保険者をチェックしてください。

課税層特例減額措置の申請の場合、裏面の記載は不要です。
 別紙「特定入所者介護サービス費における課税層に対する特例減額措置に係る資産等申告書」を記載して添付してください。

また、貴市、県、市町村等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

〈本人〉 住所 静岡市葵区追手町〇番〇号
 氏名 静岡 太郎

〈配偶者 ※〉 住所 静岡市葵区追手町△番△号
 氏名 静岡 花子

(注)配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律に規定する配偶者からの暴力を受けた場合、配偶者が行方不明の場合等は、配偶者の住所及び氏名欄は、記載不要です。

《市記入欄》

世帯課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 転入	対象期間の要介護認定	<input type="checkbox"/> 有 有効期間 R . . . まで <input type="checkbox"/> 無 申請日 R . . . 【新・変・更】
本人	第(1号・2号)被保険者	給付額減額	給付済 ⇒ 要再発行 <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 生活保護(1) <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 収入等80万円以下(2) <input type="checkbox"/> 収入等80万円超120万円以下(3) <input type="checkbox"/> 収入等120万円超(3②)	消せるボールペンや鉛筆などは使用しないでください。	
配偶者	<input type="checkbox"/> 有(非課税・課税)、(同一・別)世帯 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ 別世帯の場合、要照会	利用者負担段階	第(1・2・3①・3②・4)段階
預貯金等	<input type="checkbox"/> 第2段階(单身650万円・夫婦1,650万円)以下 <input type="checkbox"/> 第3段階①(单身550万円・夫婦1,550万円)以下 <input type="checkbox"/> 第3段階②(单身500万円・夫婦1,500万円)以下 <input type="checkbox"/> 第2号被保険者(单身1,000万・夫婦2,000万円)以下 <input type="checkbox"/> 基準額超過	適用年月日	令和 年 月 日
		有効期限	令和 年 月 日
		交付年月日	令和 年 月 日
	受付担当者		確認