介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

（申請先）

茂原市長　様

記　載　例

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	**※押印は不要です**	被保険者番号	
		個人番号	記入がなくても受け付けます
		生年月日	
住所	***本人の住所を記入***	電話番号	***0000-00-0000***
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 ***入所している施設の名称及び住所***	電話番号	***0000-00-0000***
入所（院）年月日（※）	***00年00月00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	***フリガナを記入***		
	氏名	***配偶者の氏名を記入***		
	生年月日	***配偶者の生年月日を記入***	個人番号	記入がなくても受け付けます
	住所	〒 ***配偶者の住所を記入***	電話番号	***0000-00-0000***
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒 ***令和8年1月1日時点における配偶者の住所が、現住所と異なる場合のみ記入***	電話番号	***0000-00-0000***
	課税状況	市町村民税　課税・（非課税）		

被保険者の収入等について、該当するところにチェックして下さい。

収入等に関	☐ ①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
告	☐ ③市町村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82.65万円以下です。（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、遺児年金を含みます。以下同じ。
	☐ ④市町村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82.65万円を超え、120万円以下です。
	☑ ⑤市町村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。

被保険者の預貯金等の額が基準額に該当していること確認の上チェックしてください。

	☑ 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。

※通帳等の写し

ご夫婦であれば、お2人の合計額を記入して下さい。

預貯金額	3,574,159円	有価証券（評価概算額）	1,218,000円	その他（現金・負債を含む）	（　　）※ 20,000円 ※内容を記入してください。

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。

申請者氏名		連絡先（自宅・勤務先）	
申請者住所 〒		本人との関係	

ご親族からの申請であれば、全て記入して下さい。
原則として、申請者はご本人もしくはご親族に限ります。

日中連絡の取れるお電話番号をご記入下さい。

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、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。