

記載例

令和 年 月 日

あて

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				被保険者番号			
被保険者氏名	※押印は不要 となりました			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			連絡先	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稱及び住所			連絡先	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	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	フリガナを記入						
氏名	配偶者の氏名を記入			個人番号	記入がなくても受け付けます		
生年月日	明・大・(昭)・平			○年 ○月 ○日			
住所	配偶者の住所を記入			連絡先	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3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						
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、いずれかをチェックして下さい。収入等の区分が4つに細分化されましたので、確認をお願いします。

チェックして下さい。段階に応じて預貯金等の基準額が変更となりましたので確認をお願いします。

ご夫婦であれば、お2人の合計額を記入して下さい

<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者→利用	受給している全ての年金の保険者に○して下さい				
<input type="checkbox"/>	市町村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。→利用者負担第2段階 <small>(受給している年金に○して下さい) ※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。</small>	日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済				
<input type="checkbox"/>	市町村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、120万円以下です。→利用者負担第3段階①					
<input checked="" type="checkbox"/>	市町村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、120万円以下です。→利用者負担第3段階②					
<small>預貯金、有価証券等の金額の合計が認定要件の基準額以下です。 預貯金等の基準額 第1段階：1,000万円(夫婦は2,000万円) 第2段階：650万円(夫婦は1,650万円) 第3段階①：550万円(夫婦は1,550万円) 第3段階②：500万円(夫婦は1,500万円) ※預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しは別添のとおり</small>						
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

申請者氏名	本人の場合には、下記について記載は不要です。			連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	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。			本人との係

日中連絡の取れるお電話番号をご記入下さい