

# 記入例

【お持ちいただくもの】

- ◆個人番号カードまたは通知カード
- ◆代理申請の場合、代理の方の身分証明書
- ◆本人名義の通帳（申請前に記帳してください）  
（配偶者がいる場合は配偶者分の通帳）

## 負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

三戸郡三戸町長 様

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	サンノヘ タロウ	保険者番号		0	2	4	4	1	4
被保険者氏名	三戸太郎	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0
		個人番号	0	0	0	0	0	0	0
生年月日	〇〇年 〇月 〇日								
住所	〒039-〇〇〇〇 三戸郡三戸町大字〇〇字〇〇〇〇△番地△ 連絡先 XXXX-XX-XXXX								
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒XXX-XXXX 三戸町大字〇〇字〇〇 △△番地 特別養護老人ホーム □□□ 連絡先								
入所（院）年月日	〇〇年 〇月	介護保険施設に入所（院）されている場合にご記入ください。							
配偶者の有無	有	無							
配偶者に関する事項	フリガナ								
	氏名	三戸花子							
	生年月日	年 月 日	個人番号						
	住所	〒XXX-XXXX 三戸町大字〇〇字〇〇 △△番地 連絡先							
	本年1月1日現在の住所と異なる場合）	課税状況 市町村民税 課税							
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 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								
	<input type="checkbox"/> 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8.0万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい。以下に同じ。)								
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 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が年額8.0万円を超え、12.0万円以下です。								
	<input type="checkbox"/> 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12.0万円を超えます。								
預貯金等に関する申告	夫婦の場合、合計額だけの記入でもかまいません。金額が確認できる通帳の写しを添付してください。								
	預貯金額	100,000円	有価証券(評価概算額)	0円	その他(現金・負債を含む)	10,000円	※ (現金) ※		

※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、下記について記載は不要です。

申請者氏名	三戸一郎	連絡先	XXXX-XX-XXXX
申請者住所	三戸町大字〇〇字〇〇 △-△	本人との関係	長男

### ※注意事項

- この申請書において、被保険者以外の方が代筆・提出される場合、ご記入ください。
- 預貯金等については、同一種類の預貯金等複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 虚偽の申告により、不正に特定入所者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。