

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

武蔵野市長 殿

次のとおり関係書類を添えて、居住費(滞在費)・食費に係る負担限度額認定を申請します。

個人番号(マイナンバー)が分かる方は記入してください。(未記入の場合は市で確認します。)個人番号を記入した方は、下に記載の書類(★)を添付してください。
※配偶者欄の個人番号記入についても同様

フリガナ	フリガナ	個人番号	0000000000000000
被保険者氏名	〇〇 □□	被保険者番号	0000000000000000
生年月日	明・大・(昭) 12年 3月 4日	入所施設名(予定も含む)と電話番号を記入してください。 入所していない場合は空欄で構いません。	0422-60-0000
住 所	〒180-0012 武蔵野市緑町2丁目2番28号	電話番号	0422-××-××××
入所した介護保険施設の名称	介護老人保健施設 ムサシノハウス	サービス種別	(特養) ・ 老健 ・ 医療院 ・ ショートステイ
入所年月日	令和5年 〇月 〇日	サービス種別に○をしてください。	

配偶者の有無	(有) ・ 無 ※無の場合は以下の	配偶者(別世帯の配偶者や内縁関係も含みます)の有無に○をしてください。 「有」の場合は、「配偶者に関する事項」を記入してください。 ※配偶者が課税者の場合は制度の対象外となります。	
フリガナ	フリガナ		
氏 名	〇〇 △△		
生年月日	明・大・(昭) 12年 1月 1日	課税状況	市町村民税 課税 ・ (非課税)
住 所	〒180-0012 武蔵野市緑町2丁目2番28号		
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)			

収入等に関する申告	市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計公的年金等に係る雑所得金額を除いた金額が		
(いずれかに「レ」を入れてください)	☒	年額80万9,000円以下*、かつ、預貯金等の合計額が650万円(夫婦は1,650万円)以下	
	☐	年額80万9,000円超120万円以下*、かつ、預貯金等の合計額が550万円(夫婦は1,550万円)以下	
	☐	年額120万円超、かつ、預貯金等の合計額が500万円(夫婦は1,500万円)以下	
※令和7年8月1日以降の基準(予定)	☐	その他(生活保護受給者・市町村民税非課税世帯)	
非課税年金受給状況	遺族年金 (寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む)	(有) ・ 無	「有」の場合、受給しているすべての非課税年金に○をつけてください。 日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私共済
預貯金等に関する申告	預貯金額	1,234,456 円	有価証券(評価概算額)
			50,000 円
			300,000 円

保有しているすべての通帳等の預貯金残高(普通・定期)の合計金額を必ず記入してください(配偶者がいる場合は、夫婦の合計額)。0円の場合でも「0」を記入してください。
※被保険者本人及び配偶者の保有する全ての預貯金通帳等の写しが必要となります。
※有価証券等がある場合、申請時点の評価額が確認できる書類の写しを添付してください。(ウェブサイトの写しも可)

通帳写しについては別紙参照

申請内容についてのお問い合わせ先(ご本人の場合は記入不要です。)

連絡先氏名	〇〇 △△	本人との関係	夫	電話番号	0422-××-×××× 090-××××-××××
-------	-------	--------	---	------	-------------------------------

申請内容についての連絡先氏名・関係・電話番号(なるべく日中連絡できる電話番号)を記入してください。

- (3) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
また、預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しを別途添付してください。
(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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

★個人番号(マイナンバー)を記入された方は下の①②両方の書類の写しを添付してください(未記入の場合は添付不要です)。

- 〈番号確認のため〉①個人番号カード(マイナンバーカード)、住民票(個人番号の記載があるもの)等、番号が確認できるもの1点
〈本人確認のため〉②個人番号カード、運転免許証、障害者手帳、旅券等のうち1点
又は、介護保険証、医療保険証、年金手帳、市民カード、公共料金の領収書、住民票等のうち2点
(個人番号カードは①②の両方を満たします。個人番号カードの両面の写しを添付してください。)