

介護保険負担限度額認定申請書

令和 6 年 5 月 10 日

埼玉県比企郡鳩山町長 小峰 孝雄 様

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

[A]

フリガナ	ハトヤマ タロウ	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5
被保険者氏名	鳩山 太郎	個人番号										
生年月日	昭和 24 年 7 月 1 日 生	性別	男 ・ 女									
住所	〒350-0324 鳩山町大字大豆戸 184-16 連絡先 049(296)1210											
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒350-0321 鳩山町大字赤沼 111-11 介護老人福祉施設 鳩山園 連絡先 049(296)1111											
入所(院)年月日(※)	令和 6 年 4 月 1 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。										

[C]

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、記入不要です。										
配偶者に関する事項	フリガナ	ハトヤマ ハナコ											
	氏名	鳩山 花子											
	生年月日	昭和 29 年 5 月 3 日 生	個人番号										
	住所	〒 同上 連絡先											
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒											
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税												

[D]

収入等に関する申告	☐	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											
	☐	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】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。(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。											
	☒	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。											
	☐	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、その他合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。											
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☒	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)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1000万円(夫婦は2000万円)以下です。											
	預貯金額	8,000,000円	有価証券 (評価概算額)	500,000円	その他 (現金・負債を含む)	(タンス預金)※ 100,000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、下記について記載は不要です。

[F]

申請者氏名 鳩山 花子	連絡先(自宅・勤務先) 049(296)1210
申請者住所 鳩山町大字大豆戸184-16	本人との関係 妻

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所有している場合は、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)虚偽の申請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。

～記載方法～

申請書右上の日付を記載 → [A]の①～④ → [B]の①～② → [C]の①～④

→ [D]の① → [E]の① → [F]の①の順に記載してください。

[A]

①被保険者氏名(入所者氏名)を記載してください。

②被保険者番号(10桁)は、0を省略せずに記載してください。

※被保険者番号は、介護保険負担額認定証(緑色)又は介護被保険者証(青色)を確認のうえ記載してください。

③被保険者の生年月日を和暦・西暦のいずれかで記載してください。

④被保険者の住所・電話番号を記載してください。

※住所は市町村名から記載してください。 例)鳩山町大字大豆戸184-16

[B]

①介護施設に入所(院)中又は、入所(院)予定の場合は、施設名及び施設所在地を記載してください。

※可能であれば入所(院)先施設の電話番号も記載してください。

②申請日時点で入所(院)している方は、入所(院)年月日を記載してください。

[C]

①配偶者の有無について、有か無のいずれかを○で囲んでください。

②配偶者有に○をつけた場合は、配偶者氏名、生年月日、住所、電話番号を記載してください。

※1 被保険者と住所が同じ場合は、住所欄に同上と記載してください。

※2 住所同上の場合は、電話番号の記載不要です。

③配偶者の申請日の属する年の1月1日時点住所が申請日現在の住所と異なる場合は、1月1日時点の住所を該当欄に記載してください(現住所変更の場合のみ)

④課税状況について、課税か非課税のいずれかを○で囲んでください。

[D]

①窓口で確認しますので、記載不要です。

※郵送で提出する場合や窓口提出前に事前確認したい場合は、本人氏名・住所等の確認が取れた場合に限り電話回答が可能です。

[E]

①普通預金、定期預金等の預貯金額を記載してください。

※詳細は、別紙「介護保険負担限度額認定の申請に必要なもの」を確認してください。

[F]

①被保険者が施設入所等により、申請書の記載及び提出を行うことが難しく代理申請する場合は、親族等の代理人の氏名、住所、連絡先、被保険者本人との関係を記載してください。

例)本人に代わって妻が申請する場合 本人との関係性⇒妻