

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

令和 7 年 7 月 1 日

阿見町長 様

フリガナ	アミ タロウ	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6		
被保険者氏名	阿見 太郎	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	昭和 10 年 10 月 10 日	性別	男											
住所	阿見町中央 1-1-1	連絡先	029-888-1111											
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	特別養護老人ホームうぐいす 阿見町廻戸 372	入所施設の所在地が不明の場合は、入所施設名のみ記入してください。 ショートステイ利用の方は、記入不要です。												
入所(院)年月日(※)	令和 7 年 1 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。												

配偶者の有無	有	無	左記は、記											
フリガナ	アミ ハナコ													
氏名	阿見 花子													
生年月日	昭和 11 年 11 月 11 日	個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
住所	阿見町中央 1-1-1													
本年 1 月 1 日現在の住所 (現住所と異なる場合)	連絡先 029-888-1111													
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税													

収入等に関する申告	☐	① 課税年金収入額と合計所得金額が【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 80.9 万円以下です。 ※寡婦年金、かん夫年金	受給している年金全てに○をしてください。 (分かる範囲で構いません。)		受給している全ての年金の保険者に ○して下さい 日本年金機構 地方公務員共済
	☐	④ 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、その他の合計所得金額の合計額が年額 80.9 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、課税年金収入額と合計所得金額と【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 80.9 万円を超え、120 万円以下です。	遺族年金、もしくは障害年金を受給している場合は○をしてください。		
	☐	⑥ 市町村民税課税者であって、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、その他の合計所得金額の合計額が年額 80.9 万円を超え、120 万円以下です。			
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☒	「預貯金額」「有価証券」「その他」本人と配偶者の資産等の金額の合計額を全て 1 円単位で記入してください。 ※第 2 号被保険者(65 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	3,456,789 円	有価証券 (評価概算額)	10,029 円	その他 (現金・負債を含む)

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	阿見 桜	連絡先(自宅・勤務先)	000-0000-0000
申請者住所	阿見町阿見 4671-1	本人との関係	長女

注意事項

申請される方の氏名・住所・連絡先・本人との関係を記載してください。
連絡先には、日中に必ず連絡が取れる電話番号の記載をお願いします。

しを添付してください。

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。