

裏面も
ご記入ください

介護保険負担限度額認定申請書

記入見本

〇〇年△△月□□日

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。

申請者（被保険者）住所 茨木市駅前三丁目8番13号		申請者（被保険者）氏名 茨木 花子 印	
フリガナ ハナコ 茨木		被保険者ご本人の氏名をご記入ください 本人自署の場合押印は不要です ※ご家族様のお名前で申請される場合は、委任状が必要です ※成年後見人が申請する場合は成年後見人の氏名、住所をご記入ください	
被保険者氏名	(☒ 申請者と同じ)	個人番号	★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★
生年月日	明・大・昭 〇〇年 △△月 □□日		
住 所	(☒ 申請者と同じ)	個人番号（マイナンバー）	
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	介護老人保健施設 〇〇苑 茨木市△△町□番□号 連絡先 〇〇〇 - △△△△		
入所（院）年月日 （※）	令和 2 年 1 月	・同一世帯でない配偶者 ・事実上、婚姻関係と同様の事情にある（内縁関係など） の場合も「有」に○印を記入	
配偶者の有無	有	に	
配偶者に関する事項	フリガナ	イバラキ タロウ	
	氏名	茨木 太郎	
	生年月日	明・大・昭 〇〇年 △△月 □□日	個人番号 ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★
	住所	☒ 被保険者住所と同一の場合はチェック 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 （該当するものに○）	市町村民税 課税 ・ 非課税	
収入等に関する申告	☐ 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である（戸籍と受給者		
	☒ 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80.9万円以下です。 （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。		
	☐ 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80.9万円を超え120万円以下です。 （受給している年金に○して下さい）		
	☐ 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120万円を超えます。 （受給している年金に○して下さい）		
受給している年金の保険者に○をしてください 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 国家公務員共済 私学共済			

※裏面も記入してください。 受給している年金の保険者に○をしてください

本人及び配偶者の預貯金等のすべてを記入			金融機関名等	金額
預貯金等に関する申告 (預貯金等の種類及び金額を記入してください)	預貯金	茨木 太郎	〇〇銀行△△支店(普通)	1,234,567円
		茨木 花子	△△銀行〇〇支店(定期)	345,678円
				円
				円
	有価証券 (評価概算額)	名義	種類	金額
		茨木 太郎	□□信託銀行	3,456,789円
		茨木 太郎	国債	567,891円
				円
	その他	名義	種類	金額
			タンス預金	1,000,000円
		茨木 太郎	住宅ローン(負債)	-2,345,678円

***成年後見人が申請する場合、**
住所は被保険者住所、氏名
は後見人氏名(例: 茨木花子
成年後見人〇〇〇)を記入・
押印のうえ、必ず登記事項証
明書の写しを添付願います