

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

記入した日

規 更新 再申請

年 月 日

倉吉市長あて

次のとおり関係書類(同意書、通帳等の写し等)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	クラヨシ タロウ	被保険者番号	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8
被保険者氏名	倉吉 太郎											
生年月日	大・昭 1 年 2 月 3 日生	性別	男・女									
住所	〒682-8611 倉吉市葵町722		電話()	22 - 78**								
入所(入院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)			電話()	-								
入所(院)年月日(※)	昭・平・令 年 月 日	(※)介護保健施設に入所(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、記載不要です。									
配偶者に関する事項	フリガナ	クラヨシ ハナコ	同一世帯でない配偶者、内縁関係の場合も「有」に○をしてください									
	氏名	倉吉 花子										
	生年月日	大・昭 4 年 5 月 6 日生										
	住所	〒		電話()	-							
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒		現住所と異なる場合のみ、必ず記載してください								
課税状況	市町村民税	課税	非課税									

収入等に関する申告	世帯の課税状況	市町村民税	課税	非課税	非課税年金受給の有無	有	遺族年金・障害年金	無	
	公的年金等収入金額(非課税年金を含む) + その他の合計所得金額	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者	わからない場合は未記入で提出してください。市で調査します。		預貯金等の合計	1,000,000	受給している場合は○をしてください。わからない場合は未記入で提出してください。市で調査します。		
		<input type="checkbox"/> 年額80万円以下			預貯金	650,000	未満(万円)		
		<input checked="" type="checkbox"/> 年額80万円超〜			預貯金	550,000	は(万円)		
	<input type="checkbox"/> 年額120万円を超え			かつ、	500万円(夫婦は1,500万円)以下	以下			
被保険者	預貯金額	1,230,000	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む)	△230,000	円	
配偶者		200,000	円	100,000	円			円	
合計		1,430,000	円	100,000	円	△230,000	円	1,300,000	円

申請者氏名	倉吉 一郎	電話(自宅・勤務先)	090-1234-5678
申請者住所	倉吉市	日中連絡がとりやすい番号を記入してください	本人との関係
			子

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。