

記入例(表)

介護保険負担限度額認定申請書

令和 8 年 6 月 1 日

(申請先) 宗像市長
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。

フリガナ 被保険者氏名	ムナカタ タロウ 宗像 太郎	被保険者番号	0123456700
		個人番号	
生年月日	昭和 20 年 4 月 1 日		
住 所	〒811-3492 宗像市東郷 1-1-1	連絡先	0940-36-4877
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒811-3492 宗像市東郷 1-1-1 特別養護老人ホ	すでに入所されている場合のみ ご記入ください。	
入所(院)年月日(※)	令和 2 年 6 月 1 日	(※) 介護保険施設に入所している場合、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	<input checked="" type="radio"/> 有	無	右記において「無」の場合、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	フリガナ氏名	ムナカタ ハナコ 宗像 花子	生年月日 和20 年 6 月 1 日
	住 所	〒811-3492 宗像市東郷 1-1-1	連絡先 0940-36-4877
	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	<input checked="" type="radio"/> 非課税

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	① 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	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		
	<input checked="" type="checkbox"/>	② 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、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。			
	<input type="checkbox"/>	③-1 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の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	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金等の金額の合計が①の方は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、③-1の方は550万円(同1550万円)、③-2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、1000万円(夫婦は2000万円)以下です。			
	預貯金額	12,000 円	有価証券(評価概算額)	0 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。 ※内容を記入してください

申請者氏名	宗像 次郎	本人との関係	長男
申請者住所	〒811-3492 宗像市東郷 1-1-1	連絡先(自宅・勤務先)	0940-36-4877

注意事項

- 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。
- 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、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 虚偽の申告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、支給された額の返還に加えて最大2倍の加算金を課することがあります。
- 申請者が被保険者と異なる場合は、申請者が申請に係る一切の責任を負います。

宗像市記入欄

通知年月日	住民税課税状況	老齢福祉年金	配偶者	合計所得金額	受 付
年 月 日	本人 配偶者 世帯 有・無	有・無	有・無	課税年金収入額	
適用年月日	課税 非課税	課税 非課税	課税 非課税	課税年金収入額	
年 月 日	課税 非課税	課税 非課税	課税 非課税	課税年金収入額	入 力
決 定	特例減額 負担軽減	特例減額 負担軽減	特例減額 負担軽減	非課税年金	
決 定・不 決 定	該当	1・2・3①・3②	□一括照会(本・配) □非課税年金照会 □送交	有・無	

宗像市記入欄