

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

沼田市長 様

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	ヌマタ タロウ	被保険者番号	
被保険者氏名	沼田 太郎		
生年月日	昭 ●年 ●月		
住 所	沼田市●町●番地●		
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	施設名	電話番号	
入所（院）年月日（※）	平・令 ●年 ●月 ●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。	

入所中の介護老人保健施設や特別養護老人ホームの名称と入所年月日を記入

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	ヌマタ ハナコ	
	氏名	沼田 花子	
	生年月日	明・大・昭 ●年 ●月 ●日生	個人番号
	住 所	同上	
	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	

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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 82.65 万円以下です。（受給している年金はすべて記入してください）				
	☐	④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 82.65 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、その他の合計所得金額の合計額が年額 120 万円を超え、200 万円以下です。				
預貯金等に関する申告	☐	本人と配偶者の最終残高の合計				
	☐	有価証券やその他の無ければ0円と記入				
	預貯金額	12,345 円	有価証券（評価概算額）	●●● 円	その他（現金・負債を含む）	（ ） ※ ●●● 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。

申請者氏名	沼田 次郎	連絡先（自宅・勤務先）	090-1234-5678
申請者住所	〒●●●-●●●● ●●市●町●番地●	本人との関係	長男

注意事項

(1) この申請書は、世帯分離をしている配偶者又は申付関係の者を含みます。

必ず申請書を代筆した方の情報を記載してください
連絡先は日中繋がるものをお願いします

を添付

の規定