

【申請書の記入例】

↓↓ **黒い太枠** で示した部分を記入してください

様式第31号（第30条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

塩竈市長 殿

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	シオガマ タロウ	被保険者番号	123456
被保険者氏名	塩竈 太郎	個人番号	0000000000000000
生年月日	明・大・ 昭 16年 11月 23日	性別	男 ・ 女
住所	〒985-0052 塩竈市本町1番1号 連絡先 ()		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒985-8501 塩竈市旭町1番1号 介護老人保健施設 OOOOOO 連絡先 ()		
入所(院)年月日(※)	昭・平・ 令 3年 4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。	

【被保険者情報に関する部分】

氏名、被保険者番号、性別、生年月日、住所をご確認ください。
連絡先と入所先をご記入ください。

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。	
フリガナ	シオガマ ハナコ		
氏名	塩竈 花子		
生年月日	明・大・ 昭 23年 8月 15日	個人番号	1111111111111111
住所	〒985-0052 塩竈市本町1番1号 連絡先 ()		
(本年1月1日時点の住所)※現住所と異なる場合			
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		

【配偶者の情報に関する部分】

住民票の世帯が異なる場合や内縁関係の場合も含まれます。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者・生活保護受給者		
	市町村民税世帯非課税者であり、 課税年金収入額と年金以外の合計所得金額※①と【遺族年金※②・障害年金】収入額の合計額が		
	<input type="checkbox"/> 80万円以下	<input type="checkbox"/> 80万円超～120万円以下	<input checked="" type="checkbox"/> 120万円超
※①合計所得金額は、地方税法上の合計所得金額(収入から必要経費を控除した額)から譲渡所得に係る特別控除額を差し引いた金額です ※②寡婦年金、かん夫年金、母子年金、遺母子年金、遺児年金を含みます。			
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。		
	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。		
	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。		
	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。		
預貯金額	〇〇〇円	有価証券(評価概算額)	△△△円
		その他(現金・負債を含む)	()※ 円 ※内容を記入して下さい

【収入・預貯金に関する部分】

該当項目にし点を入れてください。
***通帳のコピーなど、預貯金等の額が分かる書類を添付してください**

申請者氏名	宮城 一郎	連絡先(自宅・勤務先)	〇〇〇-△△△-□□□□
申請者住所	〒〇〇〇-△△△△ 〇〇市△△町1番1号	本人との関係	長 男

【窓口申請者に関する部分】

不備・不足がある場合にお問い合わせいたします。

《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保有している場合は、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。

申請書裏面には、同意書がありますので、必ず記入ください。