

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

三郷市長 あて

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費

個人番号(マイナンバー)は空欄で構いません。

令和 6 年 6 月 20 日

被保険者	フリガナ	カイゴ タ	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6									
	被保険者氏名	介護 太郎	生年月日	明 大 (昭和) 10 年 5 月 20 日	性別	(男) ・ 女						
	現在入所されている場合はご記入ください。	三郷市花和田648-1	電話番号	048-954-0294								
	入所(院)する介護保険施設の名称及び所在地	名称 特別養護老人ホーム三郷苑 所在地 三郷市花和田648-1	入所(院)年月日	令和 2 年 7 月 10 日								

配偶者に関する情報	申請日時点の配偶者の有無	☒ いる ※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。 ☐ いない ⇒「いない」にチェックした場合は、以下の配偶者に関する事項は記入不要です。									
	フリガナ	カイゴ ハナコ	生年月日	明治 大正 (昭和) 13 年 4 月 30 日							
	配偶者氏名	介護 花子	電話番号	048-953-1111							
	住所	☒ 被保険者と同じ(異なる場合は住所を記載してください) 都・道・府・県 市・区・町・村)									

令和3年8月から基準が変わりました。

①口座番号と口座名義人の記載があるページ

②直近2カ月の入出金額の記載があるページ ①と②を必ず添付してください。口座が複数ある場合も同様に提出が必要です。

※配偶者がいる場合は、配偶者名義の写しも必要です。

添付書類(①,②)に不備がある場合、一旦返却させていただきます。

収入等	預貯金、有価証券等の金額の合計	※預貯金等にかかる通帳等の写しは、保有するすべてのものを添付してください。									
	預貯金額	500 万円									
	有価証券(評価概算額)	300 万円									
	その他(現金、負債含む)	100 万円									

同意欄	介護保険法等」とい	必ずご記入ください。未記入の場合、一旦返却させていただきます。									
	住 所	三郷市花和田648-1 特別養護老人ホーム三郷苑									
	本人氏名	介護 太郎 (印)									
	配偶者がいる場合は、配偶者の署名・捺印も必要です。	住 所	三郷市花和田648-1								

申請者欄	☒ 被保険者と同じ ※異なる場合は以下の申請者欄を記入してください										
	申請者氏名	(印)									
	住 所	電話番号									

【注意事項】

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項の規定に支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

【市処理欄】 ※この欄は記入しないでください。

認定区分	交付年月日	適用年月日	有効期限
☐ 該当 (☐ 第1段階 ☐ 第2段階 ☐ 第3段階) ☐ 非該当	年 月 日	年 月 日	年 月 日