

介護保険負担限度額認定申請書

生活保護受給者
記入例

市川市長 年 月 日
介護保険法施行規則第83条の5各号に掲げる者に該当するため、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	イチカワ タロウ 市川 太郎	被保険者番号	123456
生年月日	昭和5年1月1日	個人番号	不明の場合のみ記載不要
住 所	〒 272-0000 市川市八幡1丁目1番1号	連絡先	047-334-1111
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒	連絡先	
入所（院）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。	

すでに介護保険施設に入所及び、ショートステイを利用している場合は、必ずご記入ください

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。	
配偶者に関する事項	フリガナ氏名		
	生年月日	個人番号	
	住所	〒	連絡先
	本年1月1日現在の住所（現住所と異）	〒	
	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80万円以下です。（受給している年金に〇して下さい。以下同じ。） ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。				
	☐	④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80万円を超え、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120万円を超えます。				
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐	預貯金・有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤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、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。				
	預貯金額	円	有価証券（評価概算額）	円	その他（現金・負債を含む）	円

受給している全ての年金の保険者に〇をしてください。

日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済
私学共済

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	市川 花	連絡先（自宅・勤務先・携帯）	090-0000-0000
申請者住所	〒 272-0000 市川市八幡1丁目1番1号	本人との関係	長女

ケースワーカーが申請する場合は内線番号をご記入ください

注意事項

- （１） 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。
（２） 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。

・生活保護受給者は裏面（同意書）の記入不要です
・通帳等の添付書類も不要です