

負担限度額認定申請書の記入方法

①から⑧までの順に従ってご記入ください。記入内容に不備があると、再提出をお願いすることがありますので記入もれにご注意ください。

記入例(短期入所)

① 施設入所又は短期入所（ショート利用）のいずれかに○をつけてください。

② 被保険者の方の各情報を記入してください。
(保険者番号等、不明な場合は空白で結構です)

③ 配偶者の有無のいずれかに○をしてください。
「有」の場合は④へ、「無」の場合は⑤へお進みください。

④ 配偶者情報を記入して下さい。

⑤ 被保険者の方の収入状況について、あてはまるものにチェック(✓)をいれてください。
(不明な場合は空白で結構です)

⑥ 非課税年金の受給の有無について○をしてください。
非課税年金が「受給あり」の方は「年金保険者への届出住所」「受給している年金保険者」もご記入ください。
(不明な場合は空白で結構です)

⑧ 申請者が被保険者以外の場合にご記入ください。

様式第19号(第22条関係)

介護保険負担限度額認定申請書(入所・短期入所)

令和 年 月 日

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 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	ニイカワ タロウ	保険者番号	▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲
被保険者氏名	新川 太郎	被保険者番号	▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲
生年月日	明・大 昭 ▲▲年 ▲月 ▲日	個人番号	▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲
住所	〒 938-0036 黒部市北新199番地	連絡先	▲▲▲▲-▲▲-▲▲▲▲
(※)入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称	(記入不要)	連絡先	
(※)入所(院)する 居宅の種類	1. ユニット型個室(記入不要) ユニット型個室の多床室	3. 従来型個室	4. 多床室
(※)入所(院)年月日	(記入不要) 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載不要です 左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」に記入してください。	
配偶者の有無	有・無		
氏名	ニイカワ ハナ子 新川 花子	保険者番号	▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲
生年月日	明・大 昭 ▲▲年 ▲月 ▲日	個人番号	▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲
住所	〒 938-0036 黒部市北新199番地	連絡先	▲▲▲▲-▲▲-▲▲▲▲
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	(該当の方は記入)	連絡先	
課税状況	市町村民税 課税・非課税		
収入、預貯金等に関する申告	☐ 市町村民税非課税世帯者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額82.65万円以下で、 ☐ 預貯金、有価証券等の合計金額が650万円(夫婦で1,650万円)以下 ☒ 市町村民税非課税世帯者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額82.65万円を超え、120万円以下で、預貯金、有価証券等の合計金額が550万円(夫婦で1,550万円)以下 ☐ 市町村民税非課税世帯者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超え、預貯金、有価証券等の合計金額が500万円(夫婦で1,500万円)以下 受給している全ての年金の保険者にチェックしてください。 ☒ 日本年金機構 ☐ 地方公務員共済 ☐ 国家公務員共済 ☐ 私立共済		
預貯金額	▲,▲▲▲,▲▲▲円	有価証券(評価額算額)	円
その他(現金・負債を含む)	▲▲▲,▲▲▲円		
非課税年金(遺族年金、障害年金)に関する申告	☒ 受給あり・受給なし ☐ 年金保険者への届出住所 ☒ 現住所と同じ・その他()		
申請者氏名	申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載は不要です。		
申請者住所	連絡先(自宅・勤務地) 本人との関係		
保険者記入欄	交付年月日 令和 年 月 日	利用者負担段階 第1段階	施設使用区分 入所・短期入所

⑦ 預貯金等の額について、基準額を下回っている事を確認し、その金額(ご夫婦の場合は合計額)を記入してください。
※記入した金額が確認できる預貯金通帳等のコピー(口座名義人と口座残高の記載ページ)をすべて添付してください。ご夫婦の場合は2名分必要です。口座残高の記載ページに年金振込の記載がない場合は、年金の振込が確認できるページも合わせて添付してください。
「その他」は、記載した金額以外に所有する現金や負債額を記入してください。
負債額がある場合は負債金額がわかる書類(借用証書などの写し)を添付してください。