

記入例

認定を受けようとするかたの氏名・フリガナ・生年月日・郵便番号・住所・連絡先を記入してください。

介護保険の被保険者番号を記入してください。番号は「介護保険被保険者証」や、お持ちの「介護保険負担限度額認定証」をご覧ください。個人番号を記入してください。番号は、「通知カード」や「マイナンバーカード」をご覧ください。

次のとおり関係書類を添えて、食費

フリガナ	ナカ タロウ	被保険者番号	0000123456
被保険者氏名	那珂 太郎	個人番号	000012345678
生年月日	昭和元年 1月 1日		
住所	〒311-0105 那珂市菅谷 3198 番地 連絡先 029-123-4567		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒311-0192 那珂市福田 1819 番地5 なか長生苑 連絡先 029-012-3456		
入所(院)年月日(※)	令和4年 8月 1日		

配偶者の有無を○で囲んでください。(世帯分離をしている配偶者又は内縁関係のかたを含みます) 配偶者が有のかたは、配偶者の氏名・生年月日・個人番号・1月1日現在の郵便番号・住所・連絡先を記入してください。

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		
配偶者に関する事項	フリガナ	ナカ ハナコ	
	氏名	那珂 花子	
	生年月日	昭和5年 1月 1日	
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	<input checked="" type="radio"/> 非課税

申請年度の市町村民税について、該当するものを選び、○で囲んでください。

該当するものを選び、チェックをつけてください。

等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者です。		
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯であって、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82万6千5百円以下です。(受給している年金に○をしてください) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。以下同じ。		
	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯であって、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82万6千5百円を超えます。(受給している年金に○をしてください)		
等に関する申告	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯であって、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120万円を超えます。(受給している年金に○をしてください)		
	<input type="checkbox"/>	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	有価証券(評価概算額)	その他(現金・負債を含む。)	(現金) ※
	12,345,678円	0円	123,456円	

非課税年金を受給されているかたは、該当する年金種別を○で囲んでください。

該当するかたは、チェックをつけてください。

申請者が被保険者本人の場合、下記について記載は不要です。 ※内容を記入してください

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

預貯金等の額を具体的に記入し、通帳等の写しを添付してください。
 ・銀行名・支店名・口座番号・名義人が確認できるページ
 ・申請日より2か月以内に記帳された残高が確認できるページ
 (年金の振込まれる口座は、年金額が確認できるページの写しも添付してください)

(5) 境界層該当の場合、境界層該当証明書を添付し預貯金等に関する申告欄の記入は不要です。