

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

(申請先)

● 年 ● 月 ● 日

伊勢崎市長 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 被保険者氏名	イセ タロウ		被保険者番号		0	0	0	0	1	2	3	4	5	6			
	伊勢 太郎		個人番号	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
			生年月日	XXXX XXXX XXXX													
住所	〒●●●-●●●● 伊勢崎市●●●●町●●●番地		電話番号		□□-□□												
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	伊勢崎市●●●●町●●●番地		連絡先		□□-□□												
	特別養護老人ホーム △△△																
入所(院)年月日 (※)	昭・平・令	●	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。									
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、記入不要です。												
配偶者に関する 事項	フリガナ	イセ ハナコ															
	氏名	伊勢 花子															
	生年月日	明・大	昭	・	平	・	令	●	年	●	月	●	日	個人番号	XXXX	XXXX	X
	住所	〒●●●-●●●● 伊勢崎市●●●●町●●●番地		電話番号 □□-□□													
本年1月1日現在の 住所(現住所と異 なるとき)																	
被保険者の収入 等についていず れか一つに チェックしてく ださい。(不明 な場合は無記入 でも可)	市町村民税		課税		非課税												
収入等に関する 申告	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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80.9万円以下です(受給している年金に0してください) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。																
	<input type="checkbox"/> 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80.9万円を超え、120万円以下です。																
	<input type="checkbox"/> 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。																
	<input checked="" type="checkbox"/> ⑥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、200万円以下です。																
預貯金等に関する 申告 ※通帳等の写しは 別添	金額欄はそれぞれ合計額を記入してください。配偶者がいる場合は夫婦合計 額を記入してください。負債の場合はマイナス(-)をつけてください。																
	預貯金額	1,234,567		円	有価証券 (評価概算額)	0		円	その他 (現金・負債 を含む)	-500,000		円	(住宅ローン)※				
※内容を記入してください																	

マイ
ナン
バー
(不
明
な
場
合
は
空
白
で
も
可)
を
記
入
。

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	伊勢 一郎	連絡先(自宅・勤務先)	090-1234-5678
申請者住所	伊勢崎市●●●●町●●●番地	本人との関係	長男

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
- 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
- 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
- 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

本人以外が記入した場合に記入してくだ
さい。配偶者の方が記入する場合もご記
入ください。

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。

同意書

(宛先) 伊勢崎市長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

提出する日または同意書を記入した日

<被保険者本人>

住所 伊勢崎市●●●●町●●番地

氏名 伊勢 太郎

<配偶者>

住所 伊勢崎市●●●●町●●番地

氏名 伊勢 花子

被保険者本人および配偶者の住所・氏名を記入
(配偶者がいない場合は空欄)

