

# 介護保険負担限度額認定申請書

## 記入例

● 年 ● 月 ● 日

(申請先)

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	
			生年月日		XXXX XXXX XX										
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 特別養護老人ホーム △△△		連絡先 □□-□□										
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82.65万円以下で? (受給している年金に○してください) <small>※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。</small> <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82.65万円を超え、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※ 円を超えます。 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。														
	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計額(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。 <small>※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。</small>														
	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)	(住宅ローン)※ -500,000	円	※内容を記入してください					
	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										

マイナンバー(不明な場合は空白でも可)を記入。

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)

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。

### 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
- (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
- (3) 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い
- (4) 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

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

