

## 記入例

## 介護保険負担限度額認定申請書

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

(宛先) 八千代市長

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                                 | ヤチヨ タロウ                                  | 被保険者番号                                                                                                                                                      |                 |              |                   |
| 被保険者氏名                               | 八千代 太郎                                   | 個人番号                                                                                                                                                        |                 |              |                   |
| 生年月日                                 | 明・大(昭) 〇〇年 〇〇月 〇〇日                       | 性別                                                                                                                                                          | (男) ・ 女         |              |                   |
| 住 所                                  | 〒 276-0031<br>八千代市八千代台北〇〇-〇〇-〇〇          | 電話番号                                                                                                                                                        | 047-000-0000    |              |                   |
| 入所（院）した<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称<br>（※） | 〒 276-0046<br>八千代市大和田新田〇〇-〇〇 特別養護老人ホーム▲▲ | 電話番号                                                                                                                                                        | 047-000-0000    |              |                   |
| 入所（院）<br>年月日（※）                      | 〇〇年 〇〇月 〇〇日                              | （※）介護保険施設に入所（院）していない場合及び<br>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<br>いては、記載不要です。                                                                                                               |                 |              |                   |
| 配偶者に関する事項                            | フリガナ                                     | ヤチヨ ハナコ                                                                                                                                                     |                 |              |                   |
|                                      | 氏名                                       | 八千代 花子                                                                                                                                                      |                 |              |                   |
|                                      | 生年月日                                     | 明・大(昭) 〇〇年 〇〇月 〇〇日                                                                                                                                          | 個人番号            |              |                   |
|                                      | 住所                                       | 〒 276-0031<br>八千代市八千代台北〇〇-〇〇-〇〇                                                                                                                             | 電話番号            | 047-000-0000 |                   |
|                                      | 前年度1月1日<br>現在の住所<br>（現住所と<br>異なる場合）      | 〒 現住所と異なる場合のみ、必ず記入してください。                                                                                                                                   |                 |              |                   |
| 課税状況                                 | 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)収入額、その他の所得額の合計額が年額80万円以下です（受給している年金に0として下さい。以下同じ。）<br>※ 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】収入額、その他の所得額の合計額が年額80万円を超え、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】収入額、その他の所得額の合計額が年額120万円を超えます。                                                                                                |                 |              |                   |
|                                      | 該当する項目1つにチェック☑してください。                    |                                                                                                                                                             |                 |              |                   |
| 預貯金等に関する申告<br>※通帳等の写しは別添             | <input checked="" 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。<br>※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                                     | 3,456,789 円                                                                                                                                                 | 有価証券<br>(評価概算額) | 1,234,567 円  | その他<br>(現金・負債を含む) |

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               | 八千代 一郎       | 電話番号         | 090-0000-0000 |
| 申請者住所<br>〒 276-0023 | 八千代市勝田台〇-〇-〇 | 本人との関係<br>長男 |               |

注意

- (1)
- (2)
- (3)
- (4)

裏面の同意書も必ず記入してください。

保有している資産項目ごとの合計金額を記入してください。※夫婦は合算保有していない場合は0円と記入。

第1項加算金を返還していただくことがあります。

# 同意書

(宛先) 八千代市長

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、銀行、農業協同組合、証券会社その他の機関に対し、私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の収入、課税状況及び保有する資産の状況について、照会することに同意します。

また、八千代市長が前記事項を照会する場合に私及び配偶者の住所及び氏名並びに当該照会に同意している旨を照会先に伝えることにあわせて同意します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

〈本人〉 住 所 八千代市八千代台北〇〇-〇〇-〇〇  
(被保険者)

氏 名 八千代 太郎

本人及び配偶者の住所は、住民票に登録している住所を記入してください。

〈配偶者〉 住 所 八千代市八千代台北〇〇-〇〇-〇〇

氏 名 八千代 花子

ここで書類の最終確認をお願いします。

以下の項目について、申請書提出の前に再度ご確認ください。確認後にチェック☑してください。

- ☒ 申請書及び同意書の記入漏れ、記入誤り（別紙の「記入例」を参考にご確認ください）
- ☒ 添付書類  
(主に通帳のコピーで「介護保険負担限度額認定の更新について」の3ページを参考にご確認ください)

|                             |                 |      |        |      |                                         |
|-----------------------------|-----------------|------|--------|------|-----------------------------------------|
| 受付                          | 確認              | 申請入力 | 申請入力確認 | 認定入力 | 生保・境界層・税修正・代理受領希望<br>配照会・区変中（<br>）<br>） |
| 適用段階                        | ※ここは記入しないでください。 |      |        |      | 単身・夫婦<br>円                              |
| <input type="checkbox"/> 2  |                 |      |        |      |                                         |
| <input type="checkbox"/> 3① |                 |      |        |      |                                         |
| <input type="checkbox"/> 3② |                 |      |        |      |                                         |
| <input type="checkbox"/> 4  |                 |      |        |      |                                         |
| 連絡/解消                       |                 |      |        |      |                                         |
| 預調査                         | 照会日             | 要・不要 | 要・不要   | 要・不要 | 照会日 完結日                                 |
| 要・不要                        |                 |      |        |      |                                         |