

介護保険負担限度額認定申請書

R 7 年 8 月 1 日

記入例

次の申請書に、本人の所得・生活費・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	タカサキ タロウ 高崎 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
生年月日	S 1 0 年 1 0 月 1 0 日	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
住所	高崎市 ○○町 ○○番地		
介護保険施設の 所在地及び名称 （※1）	所在地 高崎市 ○○町 ○○番地 名称 特別養護老人ホーム ○○園		
入所（院）年月日	令和4年 4 月 1 日	（※1）介護 施設は、記入不要	被保険者番号：介護保険被保険者証などに記載 されている10桁の番号（記入必須） 個人番号：マイナンバーの12桁の番号 ※個人番号は不明の場合など、未記入でも受付可

配偶者の有無	有 ・ 無	無の場合、以下の配偶者に関する事項は、記載不要です。	
フリガナ	タカサキ ハナコ	生年月日	S 1 1 年 1 月 1 1 日
氏名	高崎 花子	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0
住所	☑ 被保険者に同じ		
本年1月1日 現在の住所	☑ 上に同じ		
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		

収入及び預貯金 等に関する申告 ※通帳等の写しは 別添	1段階	☐ ①生活保護受給者 / ②市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者 ②の場合、預貯金等の合計が1,000万円（夫婦2,000万円）以下			
	2段階	☐ ③市町村民税非課税世帯で、年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が年額80万9,000円以下 かつ預貯金等の合計が650万円（夫婦1,650万円）以下（※2）			
	3段階①	☐ ④市町村民税非課税世帯で、年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が年額80万9,000円を超え、120万円以下 かつ預貯金等の合計が550万円（夫婦1,100万円）以下			
	3段階②	☑ ⑤市町村民税非課税世帯で、年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が年額80万9,000円を超え、120万円以下 かつ預貯金等の合計が500万円（夫婦1,000万円）以下			
	非課税年金受給の有無	有【遺族年金 障害年金 ・ 無（※2）	65歳以上64歳以下（第2号被保険者）の場合、 1,000万円（夫婦2,000万円）以下		
預貯金額	4,000,000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

申請者氏名	高崎 一郎	本人との関係	子
申請者住所	高崎市 △△町 △△番地	連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしないこと。
- 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、最も多いものを記載すること。
- 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加算金を受け取った場合は、最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

申請者欄は、書類提出者（窓口に来る方または郵送する方）について記入

窓口で手続きの場合：身分証を拝見しますので持参ください
郵送で手続きの場合：身分証の写しを同封してください

市使用欄

※裏面の同意書にも署名が必要です。署名がない場合、書類の受付ができませんので、内容をお読みいただき、署名をお願いいたします。			
適用開始日	令和 年 月 日	段階	☐ 3段階①
有効期限	令和 年 月 日		☐ 3段階②

同意書

(宛先) 高崎市長

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、高崎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。

申請日以前の日付で、署名した日を記入

R 7 年 8 月 1 日

被保険者本人及び配偶者の署名
署名できない場合は代筆でも可
※署名以外（ゴム印など）の場合、押印も
あわせてお願いします

<本人>

住所 高崎市 ○○町 ○○番地

氏名 高崎 太郎

<配偶者>

住所 高崎市 ○○町 ○○番地

氏名 高崎 花子