

介護保険負担限度額認定申請書

R8 年 8 月 1 日

記入例

次の申請書に、介護保険負担限度額認定を申請します。

フリガナ	タカサキ タロウ	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
被保険者氏名	高崎 太郎	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
生年月日	S 1 0 年 1 0 月 1 0 日		
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8年 4 月 1 日	(※1) 介護保険施設は、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		

有の場合は、配偶者に関する事項をすべて記入

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82.65万円以下 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82.65万円を超え、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82.65万円を超え、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

預貯金額は、本人と配偶者の普通預金と定期預金を足し合わせた額を記入
また、資産がない場合は、0円と記入

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	○○○-○○○○

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、最も多いものを記入すること。
- 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領した場合、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 8 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