

記入例

□入力済み

介護保険負担限度額認定申請書

申請には、本人及び配偶者の預貯金通帳等の写しが必要です。

- ①銀行・支店・口座番号・名義のわかる部分の写し
②最新残高(申請日の直近2か月以内)がわかる部分の写し
③年金の支給額がわかる部分の写し

令和 年 月 日

年度

番号

年度をご確認ください。

令和7年度:令和7年8月1日～令和8年7月31日

フリガナ	トベ	タロウ	0	1	2	3	4	5	8	9													
氏名	氏 砥部	名 太郎																					
生年月日																							
☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和	○	○	年	西暦	○	○	○	○	年	○	○	月	○	○	日	☐ 男	☐ 女						
住所	〒	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○						
〇〇											☐ 都 ☐ 府	☐ 道 ☐ 県	〇〇				☐ 市 ☐ 町	☐ 区 ☐ 村					
〇〇番地											123							-	456		-	789	
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称(※)	名称	特別養護老人ホーム △△△△△荘																					
	所在地	〒	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○					
		△△				☐ 都 ☐ 府	☐ 道 ☐ 県	△△				☐ 市 ☐ 町	☐ 区 ☐ 村										
		△△											△△										
電話番号		111				-	222		-	333													
入所(院)年月日	☐ 平成	☐ 令和	△	△	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、記入は不要です。											

配偶者の有無	☐ 有	☐ 無	配偶者の有無が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。																								
配偶者に関する事項	フリガナ	個人番号																									
	氏名	氏 砥部	名 花子	生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和	○	○	年	○	○	月	○	○	日													
	住所	〒	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									
		〇〇				☐ 都 ☐ 府	☐ 道 ☐ 県	〇〇				☐ 市 ☐ 町	☐ 区 ☐ 村														
		〇〇番地																									
		電話番号		123				-	456		-	789															
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									
〇〇				☐ 都 ☐ 府	☐ 道 ☐ 県	〇〇				☐ 市 ☐ 町	☐ 区 ☐ 村																
〇〇番地																											
電話番号						-			-																		
課税状況	市町村民税		☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 生活保護受給																								

裏面も記入して下さい

※裏面にも必要事項を記入してください

非課税年金の有無	☐ 有 ☐ 無	非課税年金が「有」の場合は、右記の年金種類について当てはまるに☑してください。	年金の種類別	☐ 遺族年金 (※) ☐ 障害年金	※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。
収入等に関する申告	☐	1:本人(被保険者)が生活保護受給者／2:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人が老齢福祉年金受給者			
	☒	3:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の課税年金収入額と遺族年金(※)・障害年金の収入額の合計額が年額80万円以下			
	☐	4:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の課税年金収入額と遺族年金(※)・障害年金の収入額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下			
	☐	5:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の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120万円を超える			

遺族年金・障害年金の受給について該当する場合、当てはまるものにチェックをいれてください。

当てはまる箇所にチェックをいれてください。

預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐	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			
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債含む)
※() 円 ※内容を記入してください。					

夫婦の場合、合計の金額を記入してください。

申請者氏名	氏	名	本人との関係
住所	被保険者本人以外が申請書を提出する場合、必ず記入してください。		
	☐ 道 ☐ 市 ☐ 区 ☐ 県 ☐ 町 ☐ 村		
	電話番号	-	-

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縁関係の者を含みます。
(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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
(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、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、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

砥部町長 様

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、砥部町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

<本人>

住 所

(自署又は記名押印)
氏名

同意書欄は必ず自署してください。自署でない場合は記名押印をしてください。

<配偶者>

住 所

(自署又は記名押印)
氏名

同意書欄は必ず自署してください。自署でない場合は記名押印をしてください。