

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

(宛先)金沢市長

年月日

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	カナザワ タロウ	被保険者番号	0 0 1 2 3 4 5 6 7 8	/	
被保険者氏名	金沢 太郎	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		
生年月日	昭和15年〇月15日生				
住所	〒920-0000 金沢市〇〇町1丁目1番1号 特別養護老人ホーム ○△荘				TEL: 076-220-〇〇〇〇
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒920-0000 金沢市〇〇町1丁目1番1号 特別養護老人ホーム ○△荘				介護保険施設に入居されている場合のみ、記入してください。ショートステイ利用の場合は記入不要です。
入所(院)年月日(※)	令和4年1月1日				(※)か ステイを記入している場合は、記入は不要です。

配偶者の有無	有	・	無	配偶者「有」(同居・別居にかかわらず)の場合、記入してください。また、事実婚の場合も記入してください。	
配偶者に関する事項	フリガナ	カナザワ ハナコ	課税状況	市町村民税 課税	・ 非課税
	氏名	金沢 花子			
生年月日	昭和18年〇月22日		個人番号	2 3 4 5 6 7 8	9 0 1 2 3
住所	〒920-0000 金沢市〇〇町イ100番地				配偶者も非課税であることが要件です。
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒				対象となる被保険者の年金支払者に○をつけてください。

収入等に関する申告(受給している年金に○して下さい)	<input type="checkbox"/> ①生活保護費	又は障害年金を受給している場合は○をつけてください。	税である老齢福祉手当又は
	<input type="checkbox"/> ②市町村民税世帯非課税者	受給しているすべての年金の保険者に○して下さい	受給しているすべての年金の保険者に○して下さい
	<input checked="" type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と (遺族年金・障害年金) 収入額の合計額が年額80万9千円以下です。	日本年金機構	
	<input type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と (遺族年金・障害年金) 収入額の合計額が年額120万円を超えます。	地方公務員共済	
			国家公務員共済
			私学共済

必ずチェックをつけてください

預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が、第①の場合は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下、第③の場合は550万円(同1,550万円)以下、第2号被保険者(40~64歳)の場合は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 ※全ての預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しを提出します。	*「収入等に関する申告」欄の「合計所得金額」は課税年金収入額に係る所得を除いたものです。			
	a.預貯金額 (普通・定期等)	夫200万円 妻300万円 合計500万円	b.有価証券 (評価概算額)	0円	c.その他 (内容を記入)	() 0円

市記入欄(これより下は記入欄)

※裏面も記入してください

決定用印	<ul style="list-style-type: none"> *夫婦の場合、合計額だけの記入でもかまいません。 *預貯金等については、すべての通帳等の写しを必ず添付してください。 配偶者がいる場合は、配偶者の通帳等の写しも必要です。 *「その他」には、現金(タンス預金)、負債(住宅ローン等)を記入してください。 				者
<input type="checkbox"/>					減額
□ 却下	□ 世帯課税	□預貯金等超過(第	段階の資産要件))
	□ 別世帯の配偶者が課税	□その他()			

注意事項

- (1)この申請書における「配偶者」については、別世帯の配偶者又は内縁関係者を含みます。
- (2)この申請書における「遺族年金」については、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。
- (3)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。
- (4)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。
- (5)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。

申請者が被保険者本人の場合

申請者氏名 金沢 二郎	被保険者以外の方が代筆・提出される場合、連絡先電話番号も含め、必ずご記入ください。	TEL : 090-0000-0000
申請者住所 金沢市〇〇町 1-1-1	本人との関係 孫	

同意書

金沢市長

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
日付を必ず記入してください。
また、
銀行等に伝
うけ渡
いませ
ん。

令和 7 年 6 月 30 日

〈本人〉 住 所 金沢市〇〇町 1 丁目 1 番 1 号 特別養護老人ホーム ○△荘

氏 名 金沢 太郎
(署名又は記名押印)

本人の直筆の場合
押印は不要です

〈配偶者〉 住 所 金沢市〇〇町イ 100 番地

氏 名 金沢 花子
(署名又は記名押印)

提出された個人情報については、介護保険負担限度額認定の業務以外の目的には使用しません。