

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 〇△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 〇△荘		
入所(院) 年月日(※)	令和 4 年 1 月 1 日 (※)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	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無		
配偶者に関する事項	フリガナ	カナザワ ハナコ	課税状況
	氏 名	金沢 花子	市町村民税 課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税
	生年月日	昭和18年 〇月 22日	個人番号
	住 所	〒920-0000 金沢市〇〇町イ100番地	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3
本年1月1日 現在の住所 (現住所と 異なる場合)	〒		

収入等に関する申告 (受給している年金に〇して下さい)	<input type="checkbox"/> ①生涯現役年金又は障害年金を受給している場合は〇をつけてください。	税である老齢福祉年金受給者
	<input type="checkbox"/> ②市町村民税世帯非課税者である場合、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。	受給しているすべての年金の保険者に〇して下さい
	<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80万9千円を超え、120万円以下です。	日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<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。	
預貯金等に関する申告	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。	
	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(これより下は記入不要)

※裏面も記入してください

決定日	* 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。		減額
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 却下	<input type="checkbox"/> 世帯課税 <input type="checkbox"/> 預貯金等超過(第 段階の資産要件) <input type="checkbox"/> 別世帯の配偶者が課税 <input type="checkbox"/> 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 子

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。)の課税状況及び
また、**日付を必ず記入してください。**証券等の残高について、報告を求めることに同意します。
銀行等に伝言を構いません。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

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 1 0 0 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。