記入例

介護保険負担限度額認定申請書

年　月　日

申請年月日を記入してください

（申請先）鳥栖地区広域市町村圏組合　管理者　様

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。

ご確認ください
★裏面の「同意書」の記入はしましたか？
★通帳等の写し
①通帳表紙の裏面（金融機関名・支店名・口座番号・名義の分かる部分）
②最終残高（2ヶ月分）が分かる部分
の写しは添付しましたか？
配偶者「有」の方は、配偶者名義の写しも添付しましたか？

		被保険者番号	0 9 0 1 2 3 4 5 6 7
		個人番号（マイナンバー）	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
	月　10　日	電話番号	0942 － 81 － 3315
	○○○○－○○		
	ください。		
	老人保健施設　□介護医療院　□ショートステイ		
称		所在地	〒　－　電話番号　－　－
※ 入所（院）年月日	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、記入不要です。	

配偶者の有無	有　・　無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。	
		生年月日	明・大・昭　11　年　11　月　11　日
		個人番号（マイナンバー）	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0
		電話番号	－ －
する事項	記入不要）	○○○○－○○	
	本年1月1日現在住所（現住所と異なる場合）	〒　－	
	課税状況	市町村民税　【　課税　・　非課税　】	

・同一世帯でない配偶者
・婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある方（内縁関係）も「有」になります

本人が市町村民税非課税世帯に属している場合でも、配偶者が課税されている場合は負担限度額の適用を受けることはできません

収入等に関する申告

□ ①生活…民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者

□ ③市町…であって…金※・…金額の合計額が年額80…している…

※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金をいいます。以下同じ。

☑ ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【 遺族年金※ ・ 障害年金※ 】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。（受給している非課税年金に○をして下さい）

□ ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【 遺族年金… 】額が年額120万円を超えます。（受…

収入、預貯金等について、該当するものに「レ点」をつけてください

非課税年金を受給している場合は、該当する年金の種類を○で囲んでください。

預貯金等に関する申告
※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添

☑ 預貯金、有価証券等の金額の…50万円（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）以下です。
※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。

預貯金額	987,654円	有価証券（評価概算額）	123,456 円	その他（現金・負債を含む）	タンス預金　300,000円　※ 住宅ローン　－5,000,000円

ご自宅の手持ち現金、負債（借金）等をご記入ください。名目と金額を記入し負債の場合は必ず－（マイナス）を付けてください。該当ない場合は「0」を記入してください。

・本人、配偶者の預貯金等の合計額を記入してください
・預貯金等の金額と通帳の残高が一致しているか確認をしてください

空白のまま提出されると判定ができませんので、該当なしの場合は「0」を記入してください。

市町村民税世帯状況	課税　非課税	下記のとおり決定します。			
課税年					
合計					
非課税（遺族					超過
合（A＋					課長
受給					

この欄は保険者記入欄です。

記入は不要です。

同　意　書

鳥栖地区広域市町村圏組合　管理者　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、鳥栖地区広域市町村圏組合管理者の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び

申請年月日を記入してください

を銀行等に伝えて構いません。

年　　月　　日

〈　本　人　〉

住　所　　佐賀県鳥栖市本町3丁目1494－1

氏　名　　介　護　　太　郎

〈　配偶者　〉

住　所　　佐賀県○○市○○町○丁目○○○○－○○

氏　名　　介　護　　花　子

申請者(記入者)が被保険者本人の場合には、下記について記載不要です。

申請者氏名 介　護　　一郎	電話番号（自宅・勤務先） △△△-△△△△-△△△△
申請者住所 佐賀県△△市△△町△丁目△△△△－△△	本人との関係 長男

注意事項

（１）この申請における「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、そのすべてを記入し、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。