

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

（宛先）新居浜市長

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。

被保険者番号	0000	生 年 月 日	明・大・昭
個 人 番 号			年 月 日
フリガナ		入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	
被保険者氏名			
住 所		入所（院）年月日（※）	平・令 年 月 日
	電話番号（ ）	（※）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、記入不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ	個 人 番 号	
	氏 名	生 年 月 日	明・大・昭
	住 所	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	年 月 日
		電話番号（ ）	市町村民税課税状況

収入等及び預貯金等に関する申告（該当する欄の□にチェックを入れてください。）

収入等に関する申告	預貯金等に関する申告 ※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは、別添のとおりに	
	配偶者無	配偶者有
☐ 生活保護受給者		
☐ 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者／市町村民税世帯非課税である第2号被保険者	1, 000万円以下	2, 000万円以下
☐ 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非課税年金収入額の合計額が年額82.65万円以下である第1号被保険者	650万円以下	1, 650万円以下
☐ 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非課税年金収入額の合計額が年額82.65万円超～120万円以下である第1号被保険者	550万円以下	1, 550万円以下
☐ 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非課税年金収入額の合計額が年額120万円超である第1号被保険者	500万円以下	1, 500万円以下

預貯金等の内訳（配偶者有の場合は、配偶者との合計額を記入してください。）

預 貯 金 額	円	有 価 証 券 (評価概算額)	円	そ の 他 () ※ (現金・負債を含む。)	円
※内容を記入してください。					
非課税年金収入に関する申告	☐ 障害年金 ☐ 遺族年金(寡婦年金・かん夫年金・母子年金・準母子年金・遺児年金を含む。)				

被保険者以外の方が申請する場合は、記入してください。

申請者氏名	電 話 番 号
申請者住所	被保険者との関係

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 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、通帳の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

市記入欄

書類確認	☐ 書類確認済	所得状況確認	☐ 介護認定申請中 (/) 申請、(/) 認定（審査日）
番号確認	☐ 窓口（提示） ☐ 郵便・使者（添付）	本 人 (☐ 非課税 ☐ 課税)	☐ 生保受給 () 適用、(/) 介護認定開始
本 人 (☐ 番号カ ☐ 通知カ ☐ 住民票 ☐ 補記)	配偶者 (☐ 非課税 ☐ 課税)	審査結果	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3① ☐ 3② ☐ 非該当
配偶者 (☐ 番号カ ☐ 通知カ ☐ 住民票 ☐ 補記)	世 帯 (☐ 非課税 ☐ 課税)	非該当事由	☐ 本人課税 ☐ 配偶者課税 ☐ 世帯課税 ☐ 預貯金額
口座確認	☐ 口座確認済 定期 (☐ 有 ☐ 無)	課税所得照会 (/)	送付先 ☐ 施設 ☐ 自宅
☐ 照会 ()	☐ 非課税年金照会 (/)	受付	入力 確認

(裏)

同 意 書

(宛先) 新居浜市長

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、新居浜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まいります。

令和 年 月 日

<本人> 住所

<配偶者> 住所

氏名

氏名