

介護保険負担限度額認定申請書

(宛先) 前橋市長

令和 X 年 XX月 XX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。

・介護保険負担限度額認定の適用年月日は、すべての書類が揃って申請書を受理した月の初日からとなります。

フリガナ	マエバシ タロウ		被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	X
被保険者氏名	前橋 太郎												
生年月日	明・大	昭	3年	3月	3日								
住所	前橋市大手町2丁目12-1												
入所(予定)している介護保険施設の所在地及び名称(※1)	(所在地) 前橋市大手町1丁目1-12 (名称) 介護老人保健施設 大手町荘 電話番号(027) 221-1234												
入所(予定)年月日(※1)	昭・平	令	8年	5月	1日	(※1)介護保険施設に入所(予定)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。							

介護保険施設等に入所(予定)している場合は記入してください。ショートステイは記入不要です。

配偶者の有無(注1)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		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(夫又は妻)又は内縁関係の者を含みます。										
配偶者に関する事項	フリガナ	マエバシ ハナコ											
	氏名	前橋 花子											
	生年月日	明・大	昭	平	4年	本人と同住所の場合は「被保険者に同じ」の□をチェックまたは塗るのみで可。							
	住所	前橋市介護町2-2-2 <input type="checkbox"/> 被保険者に同じ											
1月1日の住所(現)	<input type="checkbox"/> 課税 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 非課税												

配偶者の市町村民税「課税」または「非課税」の□をチェックまたは塗りつぶしてください。(課税の場合は非該当になります。)

該当すると思われる□をチェックまたは塗りつぶしてください。

本人の非課税年金受給の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 [ 遺族年金(※1) / 障害年金 ] ・ <input type="checkbox"/> 無		左記の非課税年金「有」の場合は、受給している年金に○してください。										
収入等及び預貯金等に関する申告(注2)(注3)	<input type="checkbox"/> 第1段階	生活保護受給者、市町村民税(夫婦は2,000円以下)の世帯全員(別世帯の配偶者を含む)と、預貯金等の合計額が 650万円(夫婦は1,650万円)以下(※5)											
	<input type="checkbox"/> 第2段階	世帯全員(別世帯の配偶者を含む)が市町村民税非課税であって、本人の年金収入額(非課税年金を含む)とその他の合計所得金額の合計額が年額 82万6,500円(※4)超120万円以下、かつ、預貯金等の合計額が 550万円(夫婦は1,550万円)以下(※5)											
	<input checked="" type="checkbox"/> 第3段階②	世帯全員(別世帯の配偶者を含む)が市町村民税非課税であって、本人の年金収入額(非課税年金を含む)とその他の合計所得金額の合計額が年額 82万6,500円(※4)超120万円以下、かつ、預貯金等の合計額が 550万円(夫婦は1,550万円)以下(※5)											
	通帳等の写しは別添	預貯金額、有価証券、その他についてはそれぞれの合計額を記入し、通帳等の写しを添付してください。配偶者がいる場合は、夫婦の合計を記入してください。											
	預貯金額(普通・定期等)	2,345,678円	有価証券(評価概算額)	0円	その他(現金・負債を含む)	(現金) ※6 100,000円	※6 内容を記入してください						

非課税年金を受給していない方は、□無をチェックまたは塗りつぶしてください。非課税年金を受給している方は、□有をチェックまたは塗りつぶして、受給している年金の種類(遺族年金または障害年金)にマルをしてください。

預貯金額、有価証券、その他についてはそれぞれの合計額を記入し、通帳等の写しを添付してください。配偶者がいる場合は、夫婦の合計を記入してください。

書類提出者(申請者)が被保険者	保有する全ての普通・定期・貯蓄預金、定期証書、出資金額等の合計額を記入してください。												
フリガナ	マエバシ 一郎												
提出者氏名(申請者氏名)	前橋 一郎		電話番号(携帯・自宅・勤務先)	090-xxxx-xxxx									
提出者住所(申請者住所)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者に同じ		本人との関係	長男									

注意事項

(注1) この申請書に内縁関係の者を申請書類に不足や確認事項等があった場合にはご連絡をさしあげることがありますので、電話番号は、携帯電話等平日の日中つながりやすい番号を記入してください。

(注2) 預貯金等については、すべてを記入し、(配偶者「有」の場合は、配偶者の方も同様に添付してください。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。)  
(注3) 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。(裏面の同意書も必ず記入してください。)

- 転入( )
- 申請情報( )
- 特記事項( )

# 同意書

(宛先) 前橋市長

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、前橋市長の報告要求に対し、銀行等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

配偶者（夫又は妻）がいない場合も＜被保険者本人＞の住所・氏名の記入は必要です。

また、**記入日・住所・氏名は必ず手書き**で記入してください。

被保険者本人が自署できない場合は、代筆でも構いません。なお、その場合、代筆者の氏名を記入していただく必要はありません。

<被保険者本人>

大手町 前橋 太郎

住所 ~~前橋市介護町2丁目12-1~~

氏名 **前橋 太郎**

訂正する場合の方法①

訂正署名による場合

- ①間違えた箇所に二重線を引く。
- ②その上に正しい文言を書く。
- ③その隣にフルネームで署名する。

<被保険者の配偶者>

2-2-2

住所 ~~前橋市介護町4丁目5~~

氏名 **前橋 花子**

訂正する場合の方法②

訂正印による場合（従来通り）

- ①間違えた箇所に二重線を引き、訂正印を押印。
- ②その上に正しい文言を書く。
- ③氏名の横に同じ印鑑を押印する。

**氏名は訂正できませんので、お間違えのないようにお願いいたします。**