

介護保険負担限度額認定申請書

(宛先) 前橋市長

令和 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。

・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				被保険者番号															
被保険者氏名																			
生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号														
住所	電話番号 () -																		
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)	(名称)	電話番号 () -																
入所(予定)年月日(※1)	昭・平・令	年	月	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。														

配偶者の有無(注1)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 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																	
	氏名																	
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	個人番号												
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ		電話番号 () -														
	1月1日の住所(現住所と異なる時)																	
課税状況	市町村民税		<input type="checkbox"/> 課税		<input type="checkbox"/> 非課税													

本人の非課税年金受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 [遺族年金(※2) / 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)通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/> 第1段階	生活保護受給者 / 市町村民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者(※3)で、預貯金等の合計額が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下																		
	<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が 82万6,500円(※4)以下 、かつ、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3段階①	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 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 120万円を超えかつ、預貯金等の合計額が 500万円(夫婦は1,500万円)以下(※5)																		
	(※3) 老齢福祉年金とは、昭和36年の年金制度開始時に既に高齢だった方が受給している年金です。 (※4) 令和8年7月末までの基準額は 80万9,000円となります。 (※5) 預貯金等の合計額について、第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合は、1,000万円(夫婦2,000万円)以下。																			
預貯金額(普通・定期等)	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む)	() ※6	円	※6 内容を記入してください													

書類提出者(申請者)が被保険者本人の場合には、下記については記入不要です。

フリガナ				電話番号															
提出者氏名(申請者氏名)				(携帯・自宅・勤務先)															
提出者住所(申請者住所)	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ			本人との関係															

注意事項

- (注1) 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。
- (注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。
(配偶者「有」の場合は、配偶者の分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。)**

前橋市記入欄

受付		受付印
入力		
<input type="checkbox"/> 認定申請中 ()		
<input type="checkbox"/> 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構いません。

令和 年 月 日

<被保険者本人>

住所 _____

氏名 _____

<被保険者の配偶者>

住所 _____

氏名 _____