

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）		☐ 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																
	氏 名																
	生 年 月 日	明・大・昭・平		年	月	日	個人番号										
	住 所	☐ 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		☐ 課税 ・ ☐ 非課税													

本人の非課税年金 受 給 の 有 無		☐ 有 [遺族年金 ※2 / 障害年金] ・ ☐ 無 ※2 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。		左記の非課税年金「有」の場合は、受給 している年金に〇してください。														
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	☐ 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で、預貯金等の合計額が1,000万円 (夫婦は2,000万円)以下																
	☐ 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 80万円以下、かつ、 預貯金等の合計額が 650万円（夫婦は1,650万円）以下（※3）																
	☐ 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 80万円超 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（※3）																
	☐ 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（※3）																
	(※3) 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)	() ※4 円		※4 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 (携帯・自宅・勤務先)															
提 出 者 氏 名 (申請者氏名)																		
提 出 者 住 所 (申請者住所)	☐ 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		
☐ 認定申請中 ()		
☐ 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 _____