

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

米 子 市 長 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。

フリガナ			被保険者番号															
被保険者氏名			個人番号															
生 年 月 日	大・昭	年		月	日													
住 所	連絡先																	
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	連絡先																	
入所(院)年月日(※)	平・令	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。														
配偶者に関する事項	フリガナ																	
	氏 名																	
	生年月日	大・昭	年	月	日	個人番号												
	住 所	□被保険者と同じ場合はチェックのみで可 連絡先																
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)																	
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税																

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者																
	☐	③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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 82 万 6 千 5 百円 以下です。 (受給している年金に〇して下さい。以下同じ。) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 82 万 6 千 5 百円 を超え、120 万円以下です。																
	☐	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※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 120 万円を超えます。																
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(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	円			有価証券 (評価概算額)	円			その他 (現金・負債を含む)	()			円					

※日本鉄道共済組合からの年金をお受取りの方は、年金支払通知書の写しを添付して下さい。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先 TEL
申請者住所	本人との関係

注意事項

- (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ものを含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、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。

同 意 書

米 子 市 長 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構（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、貴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

<本 人>

住 所	
氏 名	

<配偶者>

住 所	
氏 名	

特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院にご入所中の方
（ショートステイは除く）は、下記にご記入ください。

※その際、通帳等の写しの提出は不要ですが、必要に応じて市より銀行等の金融機関へ照会を行います。



名義人名		金融機関名	預貯金額（定期含む）
本人	カナ		円
	氏名		円
			円
			円
配偶者	カナ		円
	氏名		円
			円
			円

介護保険負担限度額認定申請書

記載例

(申請先)

年 月 日

米子市長様

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。

フリガナ	ヨナゴ タロウ	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5
被保険者氏名	米子 太郎	個人番号	記入しないでください									
生年月日	大 昭 4 年 7 月 5 日											
住 所	米子市加茂町一丁目 1 番地 住民票上の住所											
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	連絡先											
入所（院）年月日（※）	平・令 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。										
配偶者に関する事項	フリガナ	ヨナゴ ハナコ	世帯が別の配偶者又は内縁関係の方も含みます									
	氏 名	米子 花子										
	生年月日	大 昭 平 5 年 4 月 7 日	個人番号	記入しないでください								
	住 所	連絡先										
	本年 1 月 1 日現在の住所（現住所と異なる場合）											
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税											

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者										
	☐	③市町村民税・障害年金】の収入額、その他の合計所										
	☐	④市町村民税・障害年金】の収入額、その他の合計所										
	☐	⑤市町村民税・障害年金】の収入額、その他の合計所										
預貯金等に関する申告	☐	株券等をお持ちの場合は 残高証明が必要です										
※通帳等の写しは別添	預貯金額	7, 0 1 2, 0 1 1 円	有価証券（評価概算額）	2, 0 0 0, 0 0 0 円	その他（現金・負債を含む）	(円						

※日本鉄道共済組合からの年金をお受取りの方は、年金支払通知書の写しを添付して下さい。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入してください。

申請者氏名	米子 一郎	平日、日中に連絡のつく電話番号をご記入ください	連絡先	080-1234-5678
申請者住所	米子市〇〇 1 2 3 4 番地		本人との関係	長男

注意事項

- (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ものを含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、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。

記入例

※この同意書は介護保険法施行規則により 申請書への添付が義務づけられています。

同意書

米子市長様

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構（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、貴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

<本人>

住所	
氏名	

<配偶者>

住所	
氏名	配偶者がいない場合は、配偶者欄は空欄

特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院にご入所中の方
(ショートステイは除く)は、下記にご記入ください。

※その際、通帳等の写しの提出は不要ですが、必要に応じて市より銀行等の金融機関へ照会を行います。



名義人名		金融機関名	預貯金額（定期含む）
本人	カナ		円
	氏名		円
配偶者	カナ		円
	氏名		円
			円
			円
			円

この欄は、更新申請の方で、
特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院に
ご入所中の方（ショートステイは除く）のみ
ご記入ください。