

両面印刷としてください

表

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

市記載欄入力済

（申請先）
八幡浜市長 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。

令和 8 年 〇 月 × 日

フリガナ 被保険者氏名	ハチマン タロウ	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
	八幡 太郎	個人番号	
住所	〒796-△△△△ 愛媛県八幡浜市××番地 電話番号 0894-××-△△		
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	特別養護老人ホーム ○○ 電話番号 0894-△△-××		
入所（院）年月日 （※）	令和 6 年 〇 月 × 日 （※）利用が未定の場合は、記入不要です。		
配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配偶者の有無が「無」の場合、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	ハチマン ハナコ	
	氏名	八幡 花子	
	生年月日	西暦 1900年×月△日	個人番号
	住所	〒796-△△△△ 愛媛県八幡浜市××番地 電話番号 0894-××-△△	
本人 1 月 1 日 現在の住所と 異なる場合は	電話番号		
課税状況	<input type="checkbox"/> 市町村民税 <input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者		
収入等に関 する申告	<input type="checkbox"/>	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	
	<input type="checkbox"/>	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 80.9 万円以下です。（受給している年金に〇してください） ※寡妻年金、かん去年金、母子年金、遺母子年金、遺寡年金を含みます。以下同じ。	
	<input type="checkbox"/>	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 80.9 万円を超え、120 万円以下です。	
	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）、③の方は 650 万円（同 1,650 万円）、④の方は 550 万円（同 1,550 万円）、⑤の方は 500 万円（同 1,500 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 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下です。	
	預貯金額	200,000 円	有価証券 （評価額算額）
申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。			
申請者氏名	八幡 小太郎	連絡先（自宅・勤務先）	0894-××△-×△
申請者住所	〒796-△△△△ 愛媛県八幡浜市××番地	本人との関係	長男

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。
(1) 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、通帳等の写しを添付してください。
(2) 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。
(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。

結果送付先 申請者住所 入所施設 その他 ()
提出者 申請者本人 その他（居宅○○ 担当××）

年度を記入してください。
※介護保険法では8月1日～翌年7月31日までが1会計年度となっています。

10桁の被保険者番号を記入してください。

個人番号(マイナンバー)は記入なしでも受付します。

入所(院)している施設について記入してください。
※予定の場合は、予定先施設について記入してください。

配偶者(内縁関係を含む)が有の場合に記入してください。
世帯分離をしている場合でも記入は必要です。
個人番号(マイナンバー)は記入なしでも受付します。

分からない場合は、本市で記入いたします。

配偶者が「有」の場合には、配偶者との合計金額を記入してください。

本人以外が申請される場合、記入してください。申請者は本人、親族又は法定代理人であり、**施設職員やケアマネジャー等は認められません。**
なお、申請者の方には申請書の内容について確認させていただく場合がございます。

希望の結果送付先に☑を入れてください。
「その他」へ送付の場合は、()内に事業所名・担当者を記入してください。
※申請者住所に☑があり、申請者が本人で送付先を設定している場合はその設定先住所へ送付します。

提出者に☑を入れてください。
「その他」の場合は、()内に施設・事業所名および提出者を記入してください。

裏

同意書

八幡浜市長 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関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（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 8 年 〇 月 × 日

<被保険者>

住所 愛媛県八幡浜市××番地

氏名 八幡 太郎

<配偶者>

住所 愛媛県八幡浜市××番地

氏名 八幡 花子

<代筆した場合>

住所 愛媛県八幡浜市××番地

氏名 八幡 小太郎

本人が署名してください。本人署名できない場合は、親族又は法定代理人の方が代筆してください。
（施設職員やケアマネジャー等による代筆は認められておりません。）

配偶者が「有」の場合、配偶者の署名も必要です。

代筆した場合、代筆したかたの住所、氏名、続柄を記入してください。
(続柄 長男)