

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

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。

①

新規 **更新**・変更

② 個人番号		③ 被保険者番号							
④ 被保険者名前 フリガナ カイゴ タロウ 介護 太郎				⑤ 生年月日 (第1号被保険者・第2号被保険者) 65歳以上 65歳未満 年 月 日					
⑥ 被保険者住所 福山市 東桜町 3番 5号				電話番号 (084) 928-1166					
⑦ 介護保険施設の名称				入所(院)年月日 年 月 日					
☐ ショートステイを利用									
⑧ 配偶者の有無 ☒ 有 ☐ 無 ※「無」の場合、「配偶者について」欄は記入不要です。									
配偶者について	フリガナ	カイゴ ハナコ	⑩ 個人番号						
	名前	⑨ 介護 花子	⑪ 生年月日	1913年 10月 10日					
	住所	⑬ 福山市 東桜町 3番 5号		⑫ 市町村民税課税状況	☐ 課税 ☒ 非課税				
収入等に関する申告 ※2025年(令和7年)7月末までは、()内の金額となります。									
☐ 生活保護受給者又は世帯全員が市民税非課税であって、老齢福祉年金受給者に該当します。									
☐ 世帯全員が市民税非課税であって、本人の公的年金収入額(非課税年金を含む)とその他の合計所得金額の合計額が80万9千円(80万円)以下です。 → 受給している全ての年金の保険者に○をしてください。									
☐ 世帯全員が市民税非課税であって、本人の公的年金収入額(非課税年金を含む)とその他の合計所得金額の合計額が80万9千円(80万円)超120万円以下です。 → ⑮ 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済									
☐ 世帯全員が市民税非課税であって、本人の公的年金収入額(非課税年金を含む)とその他の合計所得金額の合計額が120万円を超えます。 →									

個人番号とは、マイナンバーのことです。

- ① 初めて申請する方は「新規」に、認定証の更新で申請する方は「更新」に、所得等が変更したため申請する方は「変更」のいずれかに○印をしてください。
- ② 認定申請対象者となる、被保険者の個人番号を記入してください。
- ③ 認定申請対象者となる、被保険者の被保険者番号を記入してください。
- ④ 認定申請対象者となる、被保険者の名前及びフリガナを記入してください。
- ⑤ 認定申請対象者となる、被保険者の生年月日を記入し、第1号又は第2号被保険者のどちらかに○印をしてください。
- ⑥ 認定申請対象者となる、被保険者の住所及び電話番号を記入してください。
- ⑦ 申請時に介護保険施設に入所(院)している場合は、その施設の名称、入所(院)年月日を記入してください。ショートステイを利用する場合は、□にチェックしてください。
- ⑧ 配偶者がいる場合は「有」に、配偶者がいない場合は「無」にチェックしてください。
- ⑨ 配偶者の名前及びフリガナを記入してください。
- ⑩ 配偶者の個人番号を記入してください。
- ⑪ 配偶者の生年月日を記入してください。
- ⑫ 配偶者が市町村民税課税者の場合は「課税」に、非課税者の場合は「非課税」にチェックしてください。
- ⑬ 配偶者の現住所を記入してください。
- ⑭ 該当する欄にチェックしてください。
- ⑮ 受給している全ての年金の保険者に○印をしてください。

裏面へ続く

記入例続き

遺族年金・障がい年金受給の有無 ⁽¹⁶⁾ ☒ 有 【遺族年金・障がい年金】 (受給している年金に○してください) ☐ 無			
預貯金等に関する申告			
預貯金や有価証券等の合計金額は次のとおりです。			
⁽¹⁷⁾ 預貯金	有価証券	負債	その他(タンス預金)
12,345,678円	0円	0円	50,000円
※ 預貯金などを複数所持している場合は、その合計金額を記入してください。また、配偶者がいる場合には、申請者と配偶者の合計金額を記入してください。 ※ 金額の分かる書類の写しを添付してください(通帳の写しなど)。			
提出者名前		本人との関係	連絡先 (自宅・携帯電話・勤務先)
⁽¹⁸⁾ 介護 一郎		子	(084)928-1166

※ この申請書における「配偶者」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。
 ※ この申請書における「遺族年金」は、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、及び遺児年金を含みます。
 ※ 虚偽の申告により、不正に特定入所者介護(介護予防)サービス費の支給を受けたときは、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給を受けた額及び最大2倍の加算金を納めていただく場合があります。

申請書裏面

同意書

福山市長様

介護保険負担限度額認定に関して必要があるときは、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。)に私の世帯及び配偶者(内縁

認定結果を伝えることに同意します。

○年 ○月 ○日

住 所 福山市東桜町3番5号

⁽¹⁹⁾

被 保 険 者 名 介護 太郎

住 所 福山市東桜町3番5号

⁽²⁰⁾

配 偶 者 名 介護 花子

【申請に必要な添付書類】

☒ 本人と配偶者が保有している全ての通帳の、①～③部分の写し(A4サイズ)

- ① 金融機関名、支店名、口座番号、名義が分かる部分
- ② 申請日から直近2か月の入出金が記録されている部分
- ③ 定期預金の残高が分かる部分

※通帳記帳をした最新の状態のものを提出してください。

☒ 申請書(表面)の「有価証券」、「負債」、「その他」欄に金額を記入した場合は、その額が分かる書類の写し(A4サイズ)

- ⁽¹⁶⁾ 遺族年金・障がい年金を受給している場合は「有」に、受給していない場合は「無」にチェックしてください。「有」の場合、受給している年金に○印をしてください。
- ⁽¹⁷⁾ 預貯金・有価証券・負債などの保有状況を記入してください。配偶者がいる場合は、配偶者の保有状況と合計して記入してください。
- ⁽¹⁸⁾ 提出者の名前、被保険者との関係及び連絡先を記入してください。
- ⁽¹⁹⁾ 認定申請対象者となる被保険者の住所・名前を記入してください。
- ⁽²⁰⁾ 配偶者がいる場合は、配偶者の住所・名前を記入してください。
- ⁽²¹⁾ 必要な書類を添付しているか確認し、チェックしてください。