

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日 ①

記入例

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担額を記入してください。

申請日を記入してください。

フリガナ	被保険者氏名	保険者番号
生年月日	住 所	個人番号
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	施設名	
入所（院）年月日（※）	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。

施設入所・ショートステイを利用する方

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 住 所 本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合） 課税状況	施設入所・ショートステイを利用する方の配偶者 同 市民税（課税 ・ 非課税）

施設入所・ショートステイを利用する方の配偶者

収入に関する事項	<input type="checkbox"/> ①生活保護受給者／②市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> ③市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80万円以下です。（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。 <input type="checkbox"/> ④市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80万円を超え、120万円以下です。 <input type="checkbox"/> ⑤市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"/> 普通預金・定期預金の合計額 <input type="checkbox"/> 投資信託・有価証券（株式・国債・地方債・社債など）の合計額 <input type="checkbox"/> タンス預金・負債（借入金・住宅ローンなど）	
預貯金額	有価証券（評価概算額）	その他（現金・負債を含む）

当てはまるところに☑

投資信託・有価証券（株式・国債・地方債・社債など）の合計

普通預金・定期預金の合計額

タンス預金・負債（借入金・住宅ローンなど）

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者を除く。
- (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、
- (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きます。

窓口に来られる方・申請書を代筆される方  
※確認したいことがある場合、連絡をさせていただきます。日中連絡の取れる番号を記入してください。

申請者	住所	氏名
-----	----	----

適用開始年月日	負担限度額認定を決定・却下する	却下理由	課税（本人・配偶者・家族） 預貯金等一定額以上	受付
適用終了年月日	利用者負担段階 第 段階（ ）			窓口・郵送
交付年月日	老齢福祉年金 有 ・ 無	預貯金等合計額		
年月日	生活保護受給 有 ・ 無	① 課税年金		
年月日	市民税（世帯） 課税 ・ 非課税	② 合計所得金額		
年月日	市民税（本人） 課税 ・ 非課税	③ 非課税年金		
年月日	市民税（配偶者） 課税 ・ 非課税	判定所得金額 ① + ② + ③		

# 同意書

善通寺市長 殿

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。以下に同じ。）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 **同意日を記入してください。** 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 \_\_\_\_\_  
施設入所・ショートステイを利用する方

(配偶者) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
施設入所・ショートステイを利用する方の配偶者

銀行等に照会をする際に必要となります。  
必ず同意書を記入し添付してください。

被保険者番号

氏名

1. 預貯金の額が確認できるもの

通帳の写し (配偶者がいる場合は、配偶者の分も添付)

◎ 銀行名・支店

→ 通帳

通帳等のコピー  
を添付してくだ  
さい。

2.

3. 負債額