

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

浅口市 市長 あて

令和7年1月2日以降に浅口市へ転入された方や住所地特例の方（住民票が浅口市以外の方）は、個人番号を記入してください。

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）

フリガナ	アサクチ タロウ	被保険者番号	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0		
被保険者氏名	浅口 太郎	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0
生年月日	昭和12年 8月 5日													
住所	〒719-0243 鴨方町六条院中〇〇〇番地										連絡先 44-△△△△			
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒719-0243 浅口市鴨方町鴨方●●●番地										介護老人福祉施設 〇〇荘 連絡先 44-****			
入所（院）年月日（※）	令和 2年 12月 10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		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	アサクチ ハナコ													
	氏名	浅口 花子													
	生年月日	昭和18年 5月 15日	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
	住所	〒719-0243 鴨方町六条院中〇〇〇番地										連絡先 44-△△△△			
	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	<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、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 万以下です。												
	<input checked="" 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、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 万以下です。 預貯金等の合計額が、右欄に該当する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。												
預貯金等に関する申告	<input checked="" 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。												
※通帳等の写しは別添	預貯金額	8,245,566 円	有価証券（評価概算額）	0 円	その他	(現金) ※ 300,000 円							※	

遺族年金や障害年金を受給している方は、受給している年金に〇をつけてください。

預貯金等の合計額が、右欄に該当する場合は、をしてください。

預貯金の額を記入してください。複数通帳をもたれている場合は、本人と配偶者それぞれの合計額を足したものを記入してください。また、通帳の写しが必要ですので、必ず添付してください。

申請者氏名	浅口 二郎											
申請者住所（事業所が提出する場合、事業所名及び所在地）	〒719-0252 浅口市鴨方町六条											

注意事項

申請者（窓口に来る人）を記入してください。窓口で、申請者の本人確認を行いますので、運転免許証・健康保険証などを提示してください。

申請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

預貯金等の資産状況の確認のため、金融機関へ照会を行うことがあります。介護保険法施行規則において、同意書の提出が定められていますので、必ず記入してください。

浅口市長あて

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、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 7年 7月 10日

<本人>

住所 浅口市鴨方町六条院中〇〇〇

氏名 浅口 太郎

※代筆の場合（代筆者：浅口 二郎 続柄：子）

<配偶者>

住所 浅口市鴨方町六条院中〇〇〇

氏名 浅口 花子

※代筆の場合（代筆者：浅口 花子）

可能な限り、氏名は自署してください。自署が困難な場合は代筆し、代筆者名を記入してください。配偶者がいる場合は、配偶者の同意も必要です。

成年後見人が申請する場合は、「本人欄」は、成年後見人の住所・氏名を記載してください。あわせて、登記事項証明書や審判の写し等を添付してください。

市記入欄(以下の欄には記入しないでください)

交付年月日	年 月 日	備考(所得分布の状況等を記入)			利用者負担段階
		世帯員	続柄	課税状況	送付先
適用年月日	年 月 日		世帯主	非課税・資料なし・課税	課税年金収入額
				非課税・資料なし・課税	非課税年金収入額
有効期限	年 月 日			非課税・資料なし・課税	第2段階判定基準額
				非課税・資料なし・課税	
本人確認	・運転免許証 ・マイナンバーカード ・介護保険被保険者証 ・健康保険証 ・その他()			課税台帳等確認日: 年 月 日	