

記入例

負担限度額認定申請書

介護保険被保険者証（ピンク色）の被保険者番号を記入します
※分からなければ記入不要

を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を

フリガナ	ギョウダ タロウ	保険者番号		1	1			6	0				
被保険者氏名	行田 太郎	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
		個人番号											
生年月日	昭和 1年 1月 1日												
住 所	〒361-0000 行田市本丸00-00												
	連絡先 048-0000-0000												
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 0000 連絡先 048-△△△-△△△△												
入所(院)年月日(※)	令和 0年 0月 0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」						
配偶者に関する事項	フリガナ	ギョウダ ハナコ											
	氏 名	行田 花子											
	生年月日	昭和 2年 2月 2日						個人番号					
	住 所	行田市本丸 00-00 連絡先 048-0000-0000											
	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											
該当する欄にチェックしてください。 (不明の場合は記入不要)													
収入等に関する申告	9千円です。（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80万9千円を超え、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	☒	夫婦の場合は夫婦の合計額を一の位までご記入ください。 負債がある場合はその他欄にご記入ください。											
	預貯金額	1,234,567 円						有価証券 (評価概算額)	円		その他 (現金・負債を含む)	(現金) ※ 50,000 円	

※内容を記入してください
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	行田 足袋蔵	連絡先（自宅・携帯電話）	048-0000-0000
申請者住所	行田市00 00-00	本人との関係	長男

注意事項

- 申請者が本人と異なる場合は記入が必要です。
- ※郵送の場合は送付者

又は内縁
そのすべ
ださい。
合には、

裏面もご記入ください

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

同 意 書

行田市長 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 行田市本丸〇〇—〇〇

氏名 行田 太郎

<配偶者>

住所 行田市本丸〇〇—〇〇

氏名 行田 花子

被保険者の方の住所の記入
と署名をお願いします。

夫婦の場合は、配偶者も同
様に記入をしてください。