

介護保険負担限度額認定申請書(令和7年)

更新(前年度預貯金等基準額8割以上)又は新規記入例

フリガナ	ヒタチナカ タロウ	被保険者番号	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8
被保険者氏名	ひたちなか 太郎	個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
生年月日	昭和 10 年 10 月 10 日											
住所	〒312-8501 ひたちなか市東石川2-10-1 電話番号 029(273)0111											
サービスの種類	1 老人福祉施設(特養) ② 老人保健施設 3 短期入所生活介護(介護予防を含む。) 4 短期入所療養介護(介護予防を含む。) 5 地域密着型介護老人福祉施設 6 介護医療院											
介護保険施設の所在地及び名称	ひたちなか市東石川1-1-1 老健 ○○											
入所(院)年月日	令和5年4月1日 ※施設に入所(院)していない場合には、記入は不要です。											

被保険者の情報について記入してください。サービスの種類、施設の名称及び入所年月日はわかる範囲で記入してください。

配偶者の有無	有 ・ 無 ※「無」の場合には、以下「配偶者に関する事項」の欄の記入は不要です。												
住民登録上の世帯	同一世帯 ・ 別世帯(市内在住) ・ 別世帯(市外在住)												
フリガナ	ヒタチナカ	ハナコ	生年月日	昭和 12 年 12 月 12 日									
氏名	ひたちなか 花子		被保険者番号	0	0	9	8	7	6	5	4	3	2
			個人番号	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
住所	〒312-8501 ひたちなか市東石川2-10-1												
1月1日現在の住所	※ 現住所と異なる場合に記入してください。												
市町村民税の課税状況	課税 ・ ① 非課税												

配偶者がいる場合には配偶者に関する事項を記入してください。配偶者がいない場合には記入は不要です。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者	1,000万円(夫婦2,000万円)以下
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	650万円(夫婦1,650万円)以下※2
	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額(遺族年金 ^{注1} ・障害年金)の合計額が、年額80万9千円以下です。 ※1 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び	650万円(夫婦1,650万円)以下※2 ※2 第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、預貯金等(基準額)は、600万円
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額(受給している年金に○をつけてください。)の合計額が、年額80万9千円を超え、120万円以下	500万円(夫婦1,500万円)以下

受給している年金の全ての年金保険者に○をつけてください
日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済
私学共済

・被保険者本人の収入額等について該当する口に✓を記入してください。配偶者の収入は含みません。
・遺族年金又は障害年金を受給している場合には該当項目に○をつけてください。

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、上記の預貯金等の基準額以下です。 ※ 預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しは別添のとおり											
預貯金額	1,234,567円	有価証券等(評価概算額)	0円	現金	200,000円	負債	0円					

預貯金等に関する申告欄には項目別に金額を記入してください。配偶者がいる場合には配偶者との合算の額を記入してください。

※本人及び配偶者名義の全ての預貯金通帳等を記帳し、最新の残高がわかる写しの提出が必須となります。

ひたちなか市長 殿
上記のとおり関係書類を添付して、食費及び居住(滞在)費に
令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
申請者 住所 ひたちなか市東石川2-10-1
氏名 ひたちなか 次郎 本人との関係 子
電話番号 029(273)0111

申請者欄には申請書を記入した方の情報を記入してください。記入者が被保険者本人ではない場合は本人との関係欄に続柄を記入してください。

送付先の変更希望欄

私は、私が入所している介護保険施設を経由して負担限度額認定証及び負担限度額認定決定通知書の交付を受けることを希望します。

入所している施設へ結果の送付を希望する場合には口に✓を記入してください。結果を自宅ではなく施設に送付します。ただし、短期入所生活介護及び短期入所療養介護を利用の場合は✓を記入しても送付先が自宅となります。

決定日・入力日	年 月 日	発送日	年 月 日
適用期間			
該当	年 月 日	～	年 月 日
非該当			

(裏面)

記入例

同意書

ひたちなか市長 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、その他の機関（以下「銀行等」といいます。）に対して、私及び私の配偶者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、照会す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ることに同意します。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

本人欄には表面の被保険者氏名に記入した方の名前を書いてください。

配偶者がいる場合は必ず配偶者欄も記入等してください。

本人及び配偶者欄は、それぞれ本人が自署した場合は押印は不要です。代筆した場合は必ず押印してください。

押印は、印影がはっきりとしているかどうか確認してください。にじみやぼやけがある場合には押し直ししてください。

認印でも可です。シャチハタ印は使用できません。

<本人>

住所 ひたちなか市東石川2-10-1

氏名 ひたちなか 太郎

※本人が自署できない場合は、記名押印してください。

<配偶者>

住所 ひたちなか市東石川2-10-1

氏名 ひたちなか 花子

※本人が自署できない場合は、記名押印してください。

★被保険者本人に「成年後見人」が付いている場合

①裏面の「本人」署名欄の書き方は、

「△△ △△ 成年後見人 ○○ ○○」となります。

↑被保険者

↑成年後見人

②成年後見人であることが確認できる書類（家庭裁判所が発行する証書）のコピーを添付してください。