

記入例(表面)

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

申請する日付を記入してください。

令和 7 年 7 月 1 日

阿賀野市長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ	アガノ ハナコ	個人番号	
被保険者氏名	阿賀野 花子	被保険者番号	0012345678
生年月日	明・大・ 昭 12 年 3 月 4 日		
住 所	〒950-2052 阿賀野市岡山町10-15 電話番号 0250-62-2510		
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称(※)	認定を受けようとする被保険者の各項目について記入してください。 ※「氏名」、「生年月日」、「住所」は必ず記入してください。また、印字してある場合は記入不要です。		
入所（院）年月日 (※)	平・令 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。	
配偶者の有無	有 ・ 無		
配偶者に関する事項	フリガナ	アガノ タロウ	
	氏 名	阿賀野 太郎	
	生年月日	明・大・ 昭 11 年 1 月 1 日	個人番号
	住 所	〒950-2052 阿賀野市岡山町10-15 電話番号 0250-62-2510	
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	配偶者がいる場合は、この点線内の各項目について記入してください。 ※「氏名」、「生年月日」、「住所」は必ず記入してください。	
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		
収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	
	☐	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、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。（受給している年金に○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80.9万円を超え、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	☒	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）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1000万円（夫婦は2000万円）以下です。	
	預貯金額	3,500,000 円	有価証券（評価概算額） 円
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。 被保険者本人の収入等に対して、該当する段階に「レ」点を入れてください。また、遺族年金若しくは障害年金を受給している場合は、該当する方を「○」で囲んでください。なお、不明な場合は記入不要です。 預貯金等の各項目は、被保険者(配偶者がいれば2人)の合計額を記入してください。 なお、預貯金通帳等の写しが添付されている場合は、記入不要です。			
申請者氏名	阿賀野 太郎	電話番号(自宅・勤務先)	0250-62-2510
申請者住所	〒959-2092 阿賀野市岡山町10-15		本人との関係 夫
申請者が被保険者以外の場合は、必ず記入してください。なお、窓口申請時に身分が証明できる書類（運転免許証など）を確認させていただきます。また、郵送申請の場合は、写しを添付してください。			

注意事項

- 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含みます。
- 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、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 虚偽の申告により不正に特定入所者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くことがあります。

裏面も記入をお願いします

記入例(裏面)

同意書

阿賀野市長 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託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、阿賀野市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

表面の申請日と同日を記入してください。

令和 7 年 7 月 1 日

認定を受ける被保険者の住所氏名を記入してください。

<本人>

住所 阿賀野市岡山町 10-15

氏名 阿賀野 花子

<配偶者>

住所 阿賀野市岡山町 10-15

氏名 阿賀野 太郎

配偶者がいる場合は、記入してください。