

介護保険負担限度額認定申請書

※いずれかに○をお願いします

R7

R8

複数年度申請の場合は、年度ごとに申請書をご記入ください。

＜当年度8月～翌年度7月＞

大分市長 殿

年 月 日

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 | | | | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | ----- 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※） | 所在地 | | | ----- | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 名称 | | | ----- 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）年月日（※） | 平成・令和 | 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 | 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 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | ----- 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|-----|------|------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 非課税年金の有無 | 有・無 | 年金種別 | 遺族年金※・障害年金 | ※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。非課税年金「有」の場合は、 受給している年金に○してください。 | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|-----|------|------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------|--------------------------|-------------------------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|----------|---------------------|--------------------------------|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|
| 収入等に関する申告 | 負担段階 | 収入区分 | | | | | | | | | | 預貯金等の合計額 | | | | | | | | | | | |
| | 第1段階 | <input type="checkbox"/> | ・生活保護受給者 ・市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | 単身1000万円（夫婦2000万）以下 | | | | | | | | | | |
| | 第2段階 | <input type="checkbox"/> | 世帯全員が市町村民税非課税 | 年金収入額（※）＋ | | | | | その他の合計所得金額 | | | | | 82.65万円以下 （令和7年度分は80.9万円以下） | | | | | 単身650万円（夫婦1650万）以下 | | | | |
| | 第3段階① | <input type="checkbox"/> | | ※非課税年金収入額を含む | | | | | 82.65万円超 （令和7年度分は80.9万円超） ～120万円以下 | | | | | 単身550万円（夫婦1550万）以下 | | | | | | | | | |
| | 第3段階② | <input type="checkbox"/> | | | | | | | 120万円超 | | | | | 単身500万円（夫婦1500万）以下 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|--|--|--|--|--|-------------|---|--|--|--|--|---------------|---|--|--|--|--|--|
| 預貯金等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計は以下のとおりです。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりに | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 預貯金額 | 円 | | | | | 有価証券（評価概算額） | 円 | | | | | その他（現金・負債を含む） | 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。

| | |
|-------|------------|
| 申請者氏名 | 連絡先（携帯・自宅） |
| 申請者住所 | 本人との関係 |

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または内縁関係の者を含みます。
- (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、通帳等の写しを添付してください。書き切れない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入の上添付してください。
- (3) 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。

※裏面の同意書欄もご記入下さい。

| | |
|----|----|
| 受付 | 入力 |
| | |

同意書

大分市長 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、大分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。

年 月 日

<本人>

住所 _____

氏名 _____

<配偶者>

住所 _____

氏名 _____

備考

《記入例》 介護保険負担限度額認定申請書

※いずれかに○をお願いします

R7 ・ **R8**

複数年度申請の場合は、年度ごとに申請書をご記入ください。

<当年度8月～翌年度7月>

大分市長 殿

2026年 8月 1日

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 | カイゴ タロウ | | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| 被保険者氏名 | 介護 太郎 | | 個人番号 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| 生年月日 | 明・大・昭 1年 1月 1日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 大分市〇〇町△△番××号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称 | 所在地 大分市〇〇町△△番 | | 連絡先 097-×××-×××× | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日 | 平成・令和 5年 4月 1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 | <input checked="" type="radio"/> 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 | カイゴ ハナコ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 花子 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 3年 3月 3日 | | | | | | | | | | | 個人番号 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| | 住所 | 大分市〇〇町△△番××号 | | | | | | | | | | | | | 連絡先 097-×××-×××× | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民 | 課税 | ・ | <input checked="" type="radio"/> 非課税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

非課税年金の有無について、必ずどちらかに○をしてください。

| | | | | | | | |
|----------|--------------------------------------|------|---------------------------------------|---|------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| 非課税年金の有無 | <input checked="" type="radio"/> 有・無 | 年金種別 | <input checked="" type="radio"/> 遺族年金 | ・ | 障害年金 | ※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。 | 非課税年金「有」の場合は、 受給している年金に○して下さい |
|----------|--------------------------------------|------|---------------------------------------|---|------|-----------------------------------|--------------------------------------|

| | | | |
|--------------------------------|--|--------------------------------|--|
| 収入等に関する申告 | 負担段階 | 収入区分 | 合計額 |
| | 第1段階 <input type="checkbox"/> | ・生活保護受給者 ・市町村民税非課税世帯である老齢福祉 | 2000万)以下 |
| | 第2段階 <input checked="" type="checkbox"/> | 世帯全員が市町村民税非課税 | 年金収入額(※) + (令和7年度分は80.9万円以下) 単身650万円(夫婦1650万)以下 |
| | 第3段階① <input type="checkbox"/> | | その他の合計所得金額 (令和7年度分は80.9万円超～120万円以下) 単身550万円(夫婦1550万)以下 |
| 第3段階② <input type="checkbox"/> | ※非課税年金収入額を含む 120万円超 単身500万円(夫婦1500万)以下 | | |

非課税年金「有」に該当されている方は、受給している年金に○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は以下のとおりです。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | |
| | 預貯金額 | 2,000,000円 | 有価証券(評価概算額) | 0円 | その他(現金・負債を含む) ()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。

| | | | |
|-------|---------------|------------|---------------|
| 申請者氏名 | 介護 五郎 | 連絡先(携帯・自宅) | 090-zzzz-zzzz |
| 申請者住所 | 大分市大字〇〇1111番地 | 本人との関係 | 子 |

※同意書欄もご記入ください。

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また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、余白に記入するかまた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。

| | |
|----|----|
| 受付 | 入力 |
| | |

同意書

大分市長 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、大分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。

同意書の記入日、本人、配偶者の住所と氏名をそれぞれ記入してください。

2026年 8月 1日

<本人>

住所 大分市〇〇町△△番××号

氏名 介護 太郎

<配偶者>

住所 大分市〇〇町△△番××号

氏名 介護 花子

備考

同意書

成年後見人がいる場合

大分市長 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、大分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。

2026年 8月 1日

成年後見人の住所・氏名
を記入してください。

<本人>

住所 大分市〇〇町△△番××号

氏名 介護 太郎 成年後見人 大分 次郎

<配偶者>

住所 _____

氏名 _____

成年後見人であることを証する
登記事項証明書の写しも添
付してください。

備考