

介護保険負担限度額認定申請書

()年度分
<当年度7月～翌年度8月>

大分市長 殿
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	0000									
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、 <u>受給している年金に ○してください。</u>			
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	☐	・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	☐	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	80.9万円以下		単身650万円（夫婦1650万）以下				
	第3段階 ①	☐			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	☐			※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				
預貯金等に関する申告	☐	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	円		有価証券 （評価概算額）	円		その他 （現金・負債 を含む）	（ ） 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	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

(R 7) 年度分

< 当年度7月～翌年度8月 >

2025年 8月 1日

大分市長 殿

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 被保険者氏名	カイゴ タロウ 介護 太郎	被保険者番号	000099999999
		個人番号	9999999999999999
生年月日	明・大・昭 1年 1月 1日		
住所	大分市〇〇町△△番××号	連絡先	097-×××-××××
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 名称 特別養護老人ホーム大分苑	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	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。
フリガナ 氏名	カイゴ ハナコ 介護 花子		
生年月日	明・大・昭 3年 3月 3日	個人番号	8888888888888888
住所	大分市〇〇町△△番××号	連絡先	097-×××-××××
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 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 〇して下さい	
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	☐	・生活保護受給者 ・市町村民税非課税世帯である高齢者	2000万円以下		
	第2段階	☒	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	1650万円以下	
	第3段階 ①	☐		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	☐		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	☒ 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	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 ※内容を記入して下さい

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	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。

2025年 8月 1日

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。

<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。

2025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