

介護保険負担限度額認定申請書 ( )年度分

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 | 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<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称<br>（※） | 所在地<br>名 称<br>連絡先 |  |        |         |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所（院）年月<br>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<br>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<br>（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<br>※寡婦年金、かん夫年金、<br>母子年金、準母子年金、遺<br>児年金を含みます。 |                                       |   |  | 非課税年金「有」の場合<br>は、 <u>受給している年金に<br/>〇してください。</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                     | <input type="checkbox"/>                                | ・生活保護受給者<br>・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<br>市町村民税<br>非課税               | 年金収入額（※）＋<br>その他の合計所得金額                                 | 80.9万円以下<br>（令和6年度分は80万円以下）           |   |  |                                                 | 単身650万円（夫婦1650万）以下    |                              |  |  |          |                     |  |  |  |
|            | 第3段階<br>①                | <input type="checkbox"/>                                |                                     |                                                         | 80.9万円超<br>（令和6年度分は80万円超）<br>～120万円以下 |   |  |                                                 | 単身550万円（夫婦1550万）以下    |                              |  |  |          |                     |  |  |  |
|            | 第3段階<br>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。<br>※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<br>（評価概算額）                       | 円 |  |                                                 | その他<br>（現金・負債<br>を含む） | 円<br>（ ）<br>※内容を記入してくださ<br>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（自宅・勤務先） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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

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<br>被保険者氏名                       | カイゴ タロウ<br>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<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称<br>（※） | 所在地 大分市〇〇町△△番<br>名 称 特別養護老人ホーム大分苑 | 連絡先                                                   | 097-×××-××××     |
| 入所（院）年月<br>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<br>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<br>氏 名                    | カイゴ ハナコ<br>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<br>住所（現住所と異<br>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、<br>母子年金、準母子年金、遺<br>児年金を含みます。 | 非課税年金「有」の場合<br>は、受給している年金に<br>〇して下さい             |
| 収入等に関する<br>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<br>・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                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | 世帯全員が<br>市町村民税<br>非課税         | 年金収入額（※）＋<br>その他の合計所得金額                   | 1650万円以下                                         |
|                | 第3段階<br>①                                                                                    | <input type="checkbox"/>            |                               | 80.9万円超<br>（令和6年度分は80万円超）<br>～120万円以下     | 単身550万円（夫婦1550万）以下                               |
| 第3段階<br>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<br>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。<br>※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<br>（評価概算額）               | 0円                                        | その他<br>（現金・負債<br>を含む）<br>（ ）<br>円<br>※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（自宅・勤務先） | 097-zzz-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

## 成年後見人がある場合

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