

令和 年 月 日

介護保険負担限度額認定申請書

呉市長 次と 被保険者に代わって提出する方のことを記入してください。 認定を申請します。

|                                |    |                           |          |                              |
|--------------------------------|----|---------------------------|----------|------------------------------|
| 申請者<br>(被保険者本人が申請する場合は記入不要です。) | 氏名 | 福祉 みかん                    | 連絡先      | 自宅 勤務先・携帯電話)<br>0823-25-3137 |
|                                | 住所 | 〒 737-0041<br>呉市和庄1丁目2-13 | 被保険者との関係 | 子                            |

|                     |         |        |                         |
|---------------------|---------|--------|-------------------------|
| フリガナ                | カイゴ ツバキ | 被保険者番号 | 0 0 0 2 2 2 2 2 2 2     |
| 被保険者氏名<br>(サービス利用者) | 介護 椿    | 個人番号   | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 |

|      |                  |
|------|------------------|
| 生年月日 | 明・大・昭 16年 4月 21日 |
|------|------------------|

|    |                                                                      |                        |
|----|----------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> 申請者連絡先と同じ | 連絡先 ( 0823 ) 25 - 2626 |
|    | 〒 737-8501<br>呉市中央4丁目1-6                                             | 『個人番号』とは『マイナンバー』のことです。 |

|        |                                                                                                                                  |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設サービス | <input type="checkbox"/> ショートステイ(下記の施設は記入不要) <input checked="" type="checkbox"/> 施設入所(院) <input type="checkbox"/> 施設入所(院) 予定・検討中 |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|               |     |                                                                                                                       |                        |                 |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------|
| 入所(院)した介護保険施設 | 名称  | 介護老人保健施設 ぶんか                                                                                                          | 入所(院)年月日               | 昭 平 令 31年 4月 1日 |
|               | 所在地 | 〒 737-5525<br>広島県呉市中央3丁目10-1                                                                                          | 連絡先 ( 0823 ) 00 - 0000 |                 |
|               | 種類  | <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特養) <input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設(老健) <input type="checkbox"/> 介護医療院 |                        |                 |

|           |                                                                  |                                           |
|-----------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 現在の配偶者の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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、記入不要です。 |
|-----------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

|           |      |                                                    |                        |                                                                     |
|-----------|------|----------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | カイゴ ヤマト                                            | 被保険者番号                 | 0 0 0 1 1 1 1 1 1 1                                                 |
|           | 氏名   | 介護 大和                                              | 個人番号                   | 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1                                             |
|           | 生年月日 | 明・大・昭 3年 4月 9日                                     | 市町村民税の課税状況             | <input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税 |
|           | 現住所  | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所と同じ<br>〒 | 連絡先 ( 0823 ) 11 - 1111 | 『個人番号』とは『マイナンバー』のことです。                                              |

別世帯でも配偶者がいる場合は、必ず記入してください。

|                      |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                           |             |    |               |    |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|---------------|----|
| 被保険者の収入等に関する申告       | <input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者(第1段階)                                                                                                                                                                        | 非課税年金                                                                                                                                                                                                     |             |    |               |    |
|                      | 市町村民税世帯非課税者であり、課税年金収入額とその他の合計所得金額(※1)と、非課税年金【遺族年金(※2) 障害年金】収入額の合計額は (受給している年金に〇してください。)                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 日本年金機構<br><input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済<br><input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> その他 |             |    |               |    |
| 被保険者または夫婦の預貯金等に関する申告 | <input checked="" type="checkbox"/> 年額82.65万円以下 <input type="checkbox"/> 年額82.65万円超120万円 <input checked="" type="checkbox"/> 年額120万円超                                                                                                | 非課税年金を受給している場合、該当する年金に丸をつけ、種類にチェックを入れてください。                                                                                                                                                               |             |    |               |    |
|                      | <input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下<br>(第1段階：1,000万円(夫婦2,000万円)以下、第2段階：650万円(夫婦1,650万円)以下、第3段階①：550万円(夫婦1,550万円)以下、第3段階②：500万円(夫婦1,500万円)以下)<br>※2号被保険者：各段階1,000万円(夫婦2,000万円)以下<br>※預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しは別添のとおり |                                                                                                                                                                                                           |             |    |               |    |
|                      | 預貯金額                                                                                                                                                                                                                                 | 2,215,920円                                                                                                                                                                                                | 有価証券(評価概算額) | 0円 | その他(現金・負債を含む) | 0円 |

(※1)「その他の合計所得金額」は、合計所得金額から長期譲渡所得、短期譲渡所得に係る雑所得、特別控除額及び年金」に入ります。  
(※2)「遺族年金」は、全ての預金通帳の合計金額です。子年金、遺児年金を含む。無い場合は必ず0円を記入してください。  
【注意事項】(1)この申請書において、配偶者又は内縁関係の者が、(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。  
(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。  
※裏面の同意書に記入をお願いします。

同意書

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、私及び私の属する世帯の世帯員並びに私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の市町村民税等課税状況の情報を市町村民税担当課に照会することや、非課税年金及び老齢福祉年金並びに生活保護の受給状況を照会することについて同意します。

なお、これらを照会することについては各世帯員の承諾を得ています。

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、銀行、信託会社、その他の関係機関に私及び私の配偶者の保有する預貯金及び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、呉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

手書きで記入してください。

呉市長あて

令和 8 年 6 月 1 日

〈被保険者〉

住 所： 呉市中央4丁目1-6

氏 名： 介護 椿

〈配偶者〉 ☐ 被保険者住所と同じ

住 所： 呉市中央4丁目1-6

氏 名： 介護 大和

呉市記入欄

| 市民税世帯課税 | 有 ・ 無 | 合計所得金額と課税・<br>非課税年金収入額の<br>合計額 | 第2段階：年額82.65万円以下<br>第3段階①：年額82.65万円超<br>120万円以下<br>第3段階②：年額120万円超 | 要介護度                | 認定期間              |
|---------|-------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|
| 配偶者     | 有 ・ 無 |                                |                                                                   | 支： 介：               | R 年 月 日 ~ R 年 月 日 |
| 配偶者の課税  | 有 ・ 無 |                                |                                                                   |                     |                   |
| 生活保護    | 有 ・ 無 | 資産の状況                          | 1：基準（1千万円、2千万円）以下・超                                               | 交付年月日               | 令和 年 月 日          |
| 生保受給開始日 | 年 月 日 |                                | 2：基準（650万円、1650万円）以下・超                                            |                     |                   |
| 境界層     | 有 ・ 無 |                                | 3①：基準（550万円、1550万円）以下・超                                           |                     |                   |
| 境界層開始日  | 年 月 日 |                                | 3②：基準（500万円、1500万円）以下・超                                           | 適用年月日               | 令和 年 月 日          |
| 老齢福祉年金  | 有 ・ 無 |                                | 2号：基準（1千万円、2千万円）以下・超                                              | 有効期限                | 令和 年 月 日          |
| 戸籍      | 課税    | 金融機関                           | 備考                                                                | 負担段階                |                   |
|         |       |                                |                                                                   | 1 ・ 2 ・ 3① ・ 3② ・ 4 |                   |

|      |       |             |  |
|------|-------|-------------|--|
| 申請者  | ( / ) | 個人番号確認      |  |
| 被保険者 | ( / ) | : 個力・通力・住民票 |  |
| 配偶者  | ( / ) | : 個力・通力・住民票 |  |