

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

横手市長 あて

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																		
被保険者氏名		個人番号																		
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女														
住所																				
介護保険施設の所在地及び名称																				
入所年月日	昭・平・令	年	月	日	介護保険施設に入所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																																			
	本年1月1日現在の住所	（※現住所と異なる場合）																																		
課税状況	市民税 課税 ・ 非課税																																			

収入・預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者																預貯金額（夫婦の場合）	
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者																1000万円(2000万円)以下	
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税 <small>※合計額の年額は、令和8年8月～の金額です</small>	課税年金収入額、合計所得金額、*非課税年金収入額の合計額が年額82万6,500円以下です。																650万円(1650万円)以下
	<input type="checkbox"/>		課税年金収入額、合計所得金額、*非課税年金収入額の合計額が年額82万6,500円～120万円以下です。																550万円(1550万円)以下
<input type="checkbox"/>		課税年金収入額、合計所得金額、*非課税年金収入額の合計額が年額120万円を超えます。																500万円(1500万円)以下	

預貯金額	円	有価証券 <small>(評価概算額)</small>	円	その他 <small>(現金・負債を含む)</small>	()	円	※【非課税年金収入額申告欄】 該当するものに☑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	電話番号
申請者住所	本人との関係

種別	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金
年金受給者	<input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済
受給している全ての保険者を選択してください	

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。

市記入欄	申請区分	新規・更新・変更()												生保受給	有・無				
	課税状況	全員非課税 / 課税(本人・世帯員・別世帯の配偶者)																	
	判定	第 段階 / 却下(市民税世帯課税・別世帯の配偶者が課税・厚労省が定める額以上の資産がある)																	
	交付日	令和 年 月 日	適用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	入力者印	確認者印													
	備考																		

同意書

横手市長 あて

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、信託会社その他の機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（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、横手市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名

提出書類チェックシート（負担限度額認定申請用）

本人確認用

被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

①被保険者 氏名（自署 ※代筆する場合は②も記載ください）

②本人に代わり、申請書を作成した方の氏名（自署）

本人との関係

電話番号

提出書類	確認事項	回答欄	
申請書	1 世帯員に所得の申告漏れ（未申告）の方はいませんか。 ※所得が未申告のままだと、負担軽減措置の判定ができません。収入がなかった場合でも、申告が必要です。	はい	
	2 申請書に記入漏れはないですか	はい	
	3 配偶者の有無は正しく記入されていますか	はい	
	4 裏面の同意書に住所、氏名を記載していますか	はい	
預貯金通帳の写し	5 2か月以内に通帳の記帳（定期預金欄含む）をしていますか	はい	「はい」に○が付いていない場合、認定できません
	6 本人名義の定期預金等も含む、すべての預貯金通帳の写しを添付していますか。 下の1～4のページの写しを添付してください 1）金融機関名・支店名・口座番号・名義人が分かるページ（表紙をめくったページなど）の写し 2）直近2か月以上の取引記録のページ 3）直近の年金振込額が確認できるページ 4）定期預金等の状況を確認できる口座のページ（定期預金等がない場合でもページの写しを取ってください） ※どのページの写しが必要か分からない場合は、すべての通帳を窓口にご持参ください	はい	
	7 配偶者がいる場合、配偶者名義の定期預金等も含むすべての預貯金通帳の写しを添付していますか（添付するページはNo.6と同じです）	はい	配偶者は いない
	8 預貯金以外の資産はありますか （有価証券、投資信託、タンス預金など）	ある	ない
	9 （8で「ある」と回答した場合のみ） 預貯金以外の資産の価格評価ができる書類の写しをすべて添付しましたか	はい	「はい」に○が付いていない場合、認定できません
	10 （成年後見人が申請する場合） 登記事項証明書の写しを添付していますか	はい	成年後見人の申請では ない
チェックシート	11 提出書類のチェックシート（この用紙）を添付しましたか	はい	