

## 記入例

受付印

令和8年度

## 介護保険負担限度額認定申請書

令和〇年〇〇月〇〇日

(申請先)

大垣市長 様

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                     | オオガキ タロウ                           | 被保険者番号                                                         | 0       | 2 | 0 | 0 | 0 | * | * | * | * | * |
| 被保険者氏名                   | 大垣 太郎                              | 個人番号                                                           |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 生年月日                     | 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日                  |                                                                |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 住所                       | 大垣市〇〇町〇〇丁目〇〇番地                     | 個人番号が不明の場合、記入不要です。<br>記入される場合、別紙「☆個人番号(マイナンバー)の記入について」をご覧ください。 |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 大垣市△△町△△丁目△△番地<br>特別養護老人ホーム △△△△△△ | 連絡先                                                            | △△—△△△△ |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 入所(院)年月日(※)              | 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                 | 左欄において「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                   | オオガキ ハナコ          |                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 氏名                     | 大垣 花子             |                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 生年月日                   | 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | 個人番号                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 住所                     | 大垣市〇〇町〇〇丁目〇〇番地    | 令和8年1月1日時点の住民登録が大垣市外の場合、ご記入ください。            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) | 〇〇市〇〇町〇〇番地        | 令和8年1月1日時点の住民登録が大垣市外の方で「非課税」の方は非課税証明書が必要です。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 課税状況      | 市町村民税                  | 課税                | 非課税                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                          |                                     |                                                                                                                                             |                                         |             |               |                                       |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------|---------------|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 収入等に関する申告                | <input type="checkbox"/>            | ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者                                                                                                            |                                         |             |               |                                       |  |  |  |  |  |  |
|                          | <input type="checkbox"/>            | ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82万6,500円以下です。(受給している年金に〇してください。以下同じ)<br>※ 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。以下同じ。 |                                         |             |               |                                       |  |  |  |  |  |  |
|                          | <input checked="" type="checkbox"/> | ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82万6,500円を超え、120万円以下です。                                                          |                                         |             |               |                                       |  |  |  |  |  |  |
|                          | <input type="checkbox"/>            | ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます                                                                       |                                         |             |               |                                       |  |  |  |  |  |  |
| 預貯金等に関する申告<br>※通帳等の写しは別添 | <input checked="" type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金1,650万円)、④の方は5<br>※第2号被保険者(40下です。                                                                                                | 預貯金額等にご記入する金額は、配偶者がいる場合、夫婦の合計額をご記入ください。 |             |               |                                       |  |  |  |  |  |  |
|                          | 預貯金額                                | 8,000,000 円                                                                                                                                 | 有価証券(評価概算額)                             | 1,000,000 円 | その他(現金・負債を含む) | (借入金)※<br>-1,000,000 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、下記の欄について記載は不要です。

|       |                |                                      |     |
|-------|----------------|--------------------------------------|-----|
| 申請者氏名 | 大垣 一郎          | ご本人以外が提出される場合、申請書を提出する方の氏名等をご記入ください。 | 〇〇〇 |
| 申請者住所 | 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地 | 長男                                   |     |

裏面も記入をお願いします

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又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所有している場合は、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) 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。
- (4) 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。

同意書

大垣市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署等の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（以下「本人等」という。）の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、報告を求められます。また、大垣市長の報告要求に対し、銀行等が報告することはありません。報告を受ける旨を銀行等に伝えて構いません。

令和〇年〇〇月〇〇日

<本人>

住所 大垣市〇〇町〇〇丁目〇〇番地

氏名 大垣 太郎

<配偶者>

住所 大垣市〇〇町〇〇丁目〇〇番地

氏名 大垣 花子

【申告が必要な資産とその添付書類】

(1) 預貯金（普通・定期）

⇒通帳の写し（インターネットバンクの場合は口座残高ページの写し）

(2) 有価証券（株式・国債・地方債・社債等）

⇒証券会社や銀行の口座残高の写し（ウェブサイト上の写しも可）

(3) 金、銀（積立購入を含む）など購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属

⇒購入先の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）

(4) 投資信託

⇒銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）

(5) 手持ち現金

⇒添付書類不要（本申請書での自己申告）

(6) 負債（借入金・住宅ローン等）

⇒借用証書等の写し

【申告が不要な資産】

生命保険（保険事故への備え）、自動車・貴金属・絵画・骨董品・家財等、時価評価額の把握が困難なもの

市記入欄

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 本人確認欄                    | 運転免許証                    | マイナンバーカード                | ケアマネ証                    | 介護保険証                    | 介護合証                     | その他                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

市記入欄

|       |       |       |                                                                                                        |
|-------|-------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 交付年月日 | 適用年月日 | 有効期限  | 確認                                                                                                     |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 資産の詳細記入<br><input type="checkbox"/> 通帳等の写し<br><input type="checkbox"/> 同意書の記入 |
| (備考)  |       |       |                                                                                                        |