

# 介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

台東區長 殿

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担の認定を申請します。

マイナンバー（個人番号）12桁の数字を  
記入してください。

○年 ○月 ○日

介護保険被保険者証にある10桁の  
数字を記入してください。

[illegible]

いずれかを○で囲んでください。

|           |                            |               |    |   |     |                                       |   |   |     |     |     |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|----------------------------|---------------|----|---|-----|---------------------------------------|---|---|-----|-----|-----|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 配偶者に関する事項 | 配偶者の有無                     | 有             |    | 無 |     | 配偶者様のマイナンバー（個人番号）<br>12桁の数字を記入してください。 |   |   |     |     |     |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | フリガナ                       | タイウ ハナコ       |    |   |     |                                       |   |   |     |     |     |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 氏 名                        | 台東 花子         |    |   |     |                                       |   |   |     |     |     |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 生 年 月 日                    | 明             | ・  | 大 | ・   | 昭                                     | ・ | 平 | 12年 | 12月 | 12日 | 個人番号             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 住 所                        | 台東区 東上野 4-5-6 |    |   |     |                                       |   |   |     |     |     | 連絡先 03-5246-1249 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 本年1月1日現在の住所<br>（現住所と異なる場合） | 台東区 東上野 7-8-9 |    |   |     |                                       |   |   |     |     |     | いずれかを○で囲んでください。  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 課 税 状 況   | 住民税                        |               | 課税 | ・ | 非課税 |                                       |   |   |     |     |     |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

配偶者様のマイナンバー（個人番号）  
12桁の数字を記入してください。

いずれかを○で囲んでください。

|            |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                |                 |            |                   |                                                                      |  |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------|--|
| 収入等に関する申告  | <div> <div>該当する所に<br/>✓<br/>してください。</div> <div>被保険者本人が非課税年金を受給している場合は、該当する年金を○で囲んでください。</div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                |                 |            |                   |                                                                      |  |
|            | <input type="checkbox"/>                                                                             | ①生活保護受給者、②住民税世帯非課税である高齢世帯年金                                                                                                                                                                                                    |                 |            |                   |                                                                      |  |
|            | <input type="checkbox"/>                                                                             | ③住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80.9万円以下です。<br>(受給している年金に○して下さい。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住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80.9万円を超え、120万円以下です。                                                                                                                                                  |                 |            |                   |                                                                      |  |
| 預貯金等に関する申告 | <input type="checkbox"/>                                                                             | ⑤住民税世帯非課税者であって、④の合計額が年額120万円を超え、200万円以下です。                                                                                                                                                                                     |                 |            |                   |                                                                      |  |
|            | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                  | <div> <div>預貯金等に関する申告</div> <div> <div>預貯金、有価証券等の金額の合計額が年額200万円以下です。</div> <div> <div>④の方は550万円(夫婦は1,550万円)、⑤の方は500万円(夫婦は1,500万円)</div> <div>※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。</div> </div> </div> </div> |                 |            |                   |                                                                      |  |
| ※通帳等の写しは別添 | 預貯金額                                                                                                 | 123,456円                                                                                                                                                                                                                       | 有価証券<br>(評価概算額) | 1,000,000円 | その他<br>(現金・負債を含む) | <div> <div>(タンス預金)※<br/>100,000円</div> <div>※内容を記入して下さい</div> </div> |  |

預貯金・有価証券以外に、資産性のあるもの、換金性が高いもので、かつ価格評価の容易なもの等がある場合はご記入ください。

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 | 台東花子          | 連絡先<br>(自宅・勤務先) | 03-5246-1249 |     |
| 申請者住所 | 台東区 東上野 4-5-6 |                 | 本人との関係       | 配偶者 |

### 注意事項

- ※ボールペンでご記入ください。（消せるボールペンは  
なお、忘れずに 申請書裏面の同意書 にもご記入くださ

※ボールペンでご記入ください。（消せるボールペンは不可です。）  
 なお、忘れずに 申請書裏面の同意書 にもご記入ください。

てください。

づき、支給された額

同 意 書

台東区長 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、貴区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。

〇〇〇〇年      〇月      〇日

<本人>

住所 台東区 東上野 4-5-6

氏名 台東 太郎

<配偶者>

住所 台東区 東上野 4-5-6

氏名 台東 花子