

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

台東區長 殿

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。

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る金額認定を申請する。

フリガナ	タイツウ タロウ		被保険者番号													
被保険者氏名	台東 太郎		個人番号													
生 年 月 日	昭和 11 年 11 月 11 日															
住 所	台東区 東上野 4-5-6												連絡先 03-5246-1249			
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称(※)	台東区上野 10-9-8															
	特別養護老人ホーム 上野												連絡先 03-5555-4321			
入所(院)年月日(※)	令和 7 年 1 月 1 日		(※)介護保険施設に入所(院)していない場合及び 利用している場合は、記入不要です。													

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 ☐		大田において「無」の場合は、以下の「配偶者に關する事項」に 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。											
	フリガナ	タイトウ ハナコ													
	氏 名	台東 花子													
	生 年 月 日	昭和 12年	12月	12日	個人番号										
	住 所	台東区 東上野 4-5-6													
	本年1月1日現在の住所 （現住所と異なる場合）	台東区 東上野 7-8-9													
課 税 状 況	住民税	課税	・	非課税	いずれかを○で囲んでください。										

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。

該当する所に
✓
してください。

収入等に関する申告	□	①生活保護受給者 ②住民税世帯非課税である高齢世帯
	□	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82.65万円以下です。 ※ 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。
	☑	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82.65万円を超え、120万円以下です。
	□	⑤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120万円を超え、150万円以下です。

該当の場合は✓
してください。

預貯金等に関する申告	☑	⑥預貯金、有価証券等の金額が550万円以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円以下です。
------------	---	--

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。

※通帳等の写しは別添	預貯金額	123,456円	有価証券 (評価概算額)	1,000,000円	その他 (現金・負債を含む)	(タンス預金)※ 100,000円 ※内容を記入して下さい
------------	------	----------	-----------------	------------	-------------------	-------------------------------------

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。

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 (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

- (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、同一預貯金の預貯金等が複数保有している場合は、そのうち最も高くなる「預貯金等の旨」を添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白を有効に活用してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に受給した額は返還を求められます。
- (5) 収入等に関する申告又は預貯金等に関する申告の内容に変更があった場合は、お申し出ください。
- ※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。

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。

○年 ○ 月 ○ 日

<本人>

被保険者ご本人の住所・氏名を
ボールペンで記入してください。

住所 台東区 東上野 4-5-6

氏名 台東 太郎

被保険者様に配偶者がいらっしゃる場合は、
配偶者様の住所・氏名をボールペンで記入してください。

<配偶者>

住所 台東区 東上野 4-5-6

氏名 台東 花子