

# 記入例

## 介護保険負担限度額認定申請書

# 表面

個人番号は「マイナンバーカード」又は「マイナンバー通知カード」に記載しています個人番号を記入して下さい。  
※ご同意いただいた場合、市側で記入することも可能です。

提出日を記入してください。

令和 8 年 7 月 20 日

(費用)に係る負担限度額認定を申請します。

介護を受けている方ご本人に  
ついてご記入ください

フリガナ	イバラ タロウ	被保険者番号	
被保険者氏名	井原 太郎	個人番号	
生年月日	明・大・昭 19年 7月 13日		
住所	〒71X-XXXX 井原市●●町123番地4	電話番号	0866-6X-XXXX
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	〒71X-XXXX 井原市●●町567番地8	電話番号	0866-6X-XXXX
入所(院)年月日 (※)	平 令 22年 5月 5日		

「介護老人福祉施設」、「介護老人保健施設」、「介護療養型医療施設」、「介護医療院」に入所されている場合は、必ず記入してください。

配偶者についてご記入ください

配偶者の有無	有 ・ 無
フリガナ	イバラ ハナ子
氏名	井原 花子
生年月日	明・大・昭 平 21年 6月 20日
住所	〒71X-XXXX 井原市●●町123番地4
本年1月1日現在の 住所(現住所 と異なる場合)	〒
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税

「配偶者」が「有」の場合は、「配偶者に関する事項」に記入をお願いします。  
※別世帯(世帯分離含む)の配偶者や内縁関係の夫・妻も対象となります。

市県民税(住民税)が、課税か非課税か○をしてください。

該当する箇所にチェックを入れて  
ください

収入等及び 預貯金等に 関する申告 ※預貯金、有価証券 に係る通帳等の写し は別添のとおり	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 又は	非課税年金(遺族年金等)があれば、○で囲んでください。 非課税年金を含めた年額によって、段階が決定します。 また、認定を受けるには、預貯金等の要件に合致する必要があります。			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者で 課税年金収入額と合計所得 年額82万6千5百円以下です。 (受給している年金は○して下さい) ※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。 ・預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。				
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が 年額82万6千5百円を超え、120万円以下です。(受給している年金に○して下さい) ・預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が 年額120万円を超えます。 (受給している年金に○して下さい) ・預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。				
	※第2号被保険者(40歳~64歳)の場合、預貯金等に関する申告は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。					
	預貯金額	1,234,567 円	有価証券 (評価概算 額)	0 円	その他 (現金・負債 を含む)	0 円

預金通帳等に記載されている合計額をご記入ください。定期預金、積立預金も含まれます。なお、通帳の写しが必要です。

株式、債券、小切手、商品券(金券)等をお持ちの方は、その合計額を記入してください。なお、提出の際にそれぞれの写しが必要となります。

コピー

必ず申請者が本人でない場合(代筆含む)  
に記入してください

申請者住所	井原 一郎	0866-6X-XXXX
	井原市井原町311番地1	本人との関係 子

### 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については、世帯分離をしていない配偶者としてご記入ください。
- 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、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。
- 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。

本人申請の場合は記入不要です。

ご家族等の申請の場合は必ずご記入ください。

送付先 1 現住所 2 居宅介護支援事業所 ( ) 3 入所(入居)施設  
④ その他 [〒715-8601 井原市井原町311番地1 井原一郎様方 井原太郎 ]

結果通知の送付先について、ご希望があればご記入ください。

未記入の場合は、現住所(送付先変更届け出のある場合は届出住所)に郵送いたします。

## 同意書

井原市長 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、井原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。

表面の個人番号がわからない場合は、上記文章のあとに、「併せて、個人番号の記入を井原市に委任します。」と記入してください。

併せて、個人番号の記入を井原市に委任します。

表面の提出日(申請日)と同日としてください。

令和 8 年 7 月 20 日

〈本人〉

住所 井原市●●町123番地4

氏名 井原 太郎

〈配偶者〉

住所 井原市●●町123番地4

氏名 井原 花子

配偶者がいらっしゃる場合は、必ず記入してください。

※ 書き方がわからない等ございましたら、井原市役所介護保険課(電話(0866)62-9519)までお問い合わせください。