

記入例及び注意事項

5条関係)

令和8年度の申請の場合

8

介護保険負担限度額認定申請書

提出日

令和 8年 7月 1日

大洲市長 様

介護保険の被保険者番号、個人番号を記入

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の申請をします。

※注意事項
・黒色のボールペンで記入してください。消せるタイプのボールペンは不可です。
・裏面も忘れずに記入してください。

住民票の住所

ショートステイ利用の場合は記入不要

世帯が別の配偶者や内縁関係の方も含む。

令和8年1月1日現在、大洲市に住民票がない場合のみ記入し、配偶者の非課税証明書を添付。

預貯金額は、通帳等の写しの総額を1円単位まで記入。その他欄には、タンス預金、住宅ローンなどの負債額を記入。無い項目は「0」円と記入。

申請書提出者の氏名等を記入。日中連絡が付く連絡先を必ずご記入ください。

注意事項をよくお読みください。

フリガナ 被保険者 氏 名	オオズ タロウ 大洲 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5		
		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
		生年月日	昭和10年 1月 11日											
住 所	〒 795 - 0012 大洲市大洲123-456		電話番号 (0893) 12-3456											
入所(院)した 介護保険施設 の所在地及び 名称(※)	〒 795 - 0064 大洲市東大洲123-456		電話番号 (0893) 78-9012											
入所(院)年月日	令和 8年 5月 15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	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無		配偶者の有無が「無」の場合、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	オオズ ハナコ													
	氏 名	大洲 花子													
	生年月日	昭和10年 1月 11日	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
	住 所	〒 795 - 0072 大洲市新谷甲123-456		電話番号 (0893) 34-5678											
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒 791 - 3301 喜多郡内子町内子78		電話番号											
課税状況	市町村民税 課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 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82.65万円以下です。 (受給している年金に○してください) ※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。												
	<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82.65万円を超え、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 ※通帳等の写しは別添	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)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(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)	(タンス預金) 123,456円								※

被保険者本人以外の方が提出する場合、下記についてご記入ください。

フリガナ	オオズ ハナコ		事業所が提出する 場合は名称等を記入	
提出者 氏 名	大洲 花子		日中連絡が付く連絡先	090-9999-9999
提出者住所	大洲市新谷甲123-456		本人との関係	妻

※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下さい。
- 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。

裏面もご記入ください

同意書

大洲市長 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、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 8年 7月 1日 提出日

<本人>

住所 大洲市大洲123-456

氏名 大洲 太郎

代筆者 大洲 花子 続柄 妻

<配偶者>

住所 大洲市新谷甲123-456

氏名 大洲 花子

代筆者 続柄

被保険者本人の住所・氏名

代筆の場合のみ
代筆者の氏名・続柄

配偶者の住所・氏名

代筆の場合のみ
代筆者の氏名・続柄

何も記入しないでください。

市記入欄 ※記入しないでください	交付年月日	備考		
	年 月 日	(所得分布の状況等を記入)		
	適用年月日	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階② <input type="checkbox"/> 第4段階(非該当)		
	年 月 日			
	有効期限			
年 月 日				
本人確認	被保険者	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()		
	提出者	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ()	個人番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他 ()