

介護保険負担限度額認定申請書

令和6年度  
(R6.8.1~R7.7.31)

認定要件の確認	本人及び世帯員の市町村民税の課税状況	<input type="checkbox"/> 1 : 本人（被保険者）が生活保護受給者 / 2 : 市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人が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り、かつ本人の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80万円以下 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。以下同じ。  <input type="checkbox"/> 4 : 市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の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80万円を超え、120万円以下  <input type="checkbox"/> 5 : 市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の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120万円を超える
	本人及び配偶者の預貯金額	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が 2の方は1000万円（夫婦は2000万円）、 3の方は650万円（同1650万円）、 4の方は550万円（同1550万円）、 5の方は500万円（同1500万円）以下  ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、 3～5の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下

被保険者の情報	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	被保険者氏名				
	住所	郵便番号	—		
	電話番号	( )			
	被保険者が現在受けているサービス	<input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所（院）している <input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所（院）予定 <input type="checkbox"/> ショートステイ			
	入所（院）している介護保険施設の名称				
	介護保険施設の所在地	郵便番号	—		
入所（院）年月日	年	月	日		

提出代行者の情報	提出代行者の氏名		被保険者との関係	
	事業所の名称		事業所の種別	
	事業所の住所	郵便番号	—	
事業所の電話番号	( )			

配偶者の情報	配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	個人番号			
	フリガナ			
	配偶者の氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	配偶者の現住所	郵便番号	—	
配偶者の本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	郵便番号	—		

預貯金等の情報	本人及び世帯全員の市町村民税の課税状況	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
	配偶者の市町村民税の課税状況	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
	本人の基礎年金番号		
	年金の種類	<input type="checkbox"/> 遺族年金	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> なし
	本人の1年間の年金収入金額	円	
	本人の預貯金、有価証券等及びその他（負債等）の金額	預貯金額	円
		有価証券評価概算額	円
		その他（負債等）額	円
	配偶者の預貯金、有価証券等及びその他（負債等）の金額	預貯金額	円
		有価証券評価概算額	円
その他（負債等）額		円	

連絡先（家族・後見人等が申請する場合）

氏名	住所			
	続柄	電話番号	( )	

注意事項

- 複数の預貯金等を所有している場合は、その全ての合計額を記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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倍の加算金を支払っていただくことがあります。
- 別様式の「同意書」を必ず添付してください。添付がない場合、負担限度額認定申請の受付はできません。