

記入例



介護保険負担限度額認定申請書

介護保険被保険者証の
番号を記入してください。

令和**年**月**日

(申請先) 青森市長

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を申請します。

フリガナ	アオモリ タロウ		被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
被保険者氏名	青森 太郎		個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
生年月日	大	昭	**年**月**日										
住所	青森市新町 1 丁目 3 番 7 号												
電話番号	017-734-5362												
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	特別養護老人ホーム 青森 青森市中央 1 丁目 22 番 5 号												
入所（院）年月日（※）	平	令	**年**月**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。													

マイナンバーを記入してください（不明の場合は空欄可）。

介護保険施設（特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護医療院）に入所中の方のみ記入が必要です。

被保険者以外の家族の方が申請される場合

申請者氏名	青森 一男	被保険者との関係 (子)	連絡先等	017-734-1111
-------	-------	-----------------	------	--------------

○配偶者に関する事項（※生活保護を受給している方は以下の記載を省略することができます。）

配偶者の有無	有	無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。											
			個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
配偶者に関する事項	フリガナ	アオモリ ハナコ												
	氏名	青森 花子												
	生年月日	昭	平	**年**月**日										
	住所	(☑被保険者と同じ)												
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	希望する送付先に☑をお願いします。 「その他」のかたは ⇒①郵便番号②住所③宛名氏名を記入してください。												
	課税状況	市町村民税	課税	・	非課税									

家族が申請する場合は、
別紙「提出依頼状」は
不要です。

希望する送付先に☑をお願いします。
「その他」のかたは
⇒①郵便番号②住所③宛名氏名を記入してください。

○認定証の送付先（いずれかにチェックしてください。）

送付先：□本人住所地	□入所施設
□その他	

◎裏面（預貯金等に関する申告等）に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

青森市記入欄

認定年月日	備考	青森市で記入する欄です。 (記入不要)
年 月 日	(所得状況等) ・課税年金収入額＋非課税年金収入額＋その他の合計所得金額	
認定期間	円／年	
年 月 日	・世帯課税状況 課税 ・ 非課税	・認定 (段階)
から	・生活保護受給 有 ・ 無	・却下
年 月 日	・老齢福祉年金受給 有 ・ 無	(理由：課税・配偶者・資産)
まで	・給付制限措置 有 ・ 無	
	資格取得日 年 月 日	

(表面)

(表面からの続き)

被保険者の年金等の収入状況について○をつけてください。

○収入・貯金等に関する申告

収入等に関する申告	☐	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				
	☒	○非課税年金の受給【有・無】 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金				
	☒	○非課税年金の種類【遺族年金 障害年金】				
	☒	○課税年金収入額と非課税年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が ①年額 80.9 万円【以下・超】です。 ②年額 120 万円【以下・超】です。				
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が一定の基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり				
	預貯金額	123,456 円	有価証券 (評価概算額)	0 円	その他 (現金・負債を含む)	(現金) ※ 500,000 円 ※内容を記入して下さい

遺族年金・障害年金等の非課税年金受給者は○をつけてください。

受給している全ての年金の保険者に「○」してください。
・日本年金機構
・地方公務員共済
・国家公務員共済
・私学共済

(注意事項)

- (1) この申請書における「配偶者」について
- (2) 預貯金等については、「被保険者」及び「配偶者」の預貯金等を複数保有している場合は
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入する
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介

お持ちの通帳(定期預金証書も含む)全ての最終残高の合計金額を記入してください。
※配偶者がいる場合は、本人と配偶者の合計金額

又は内縁関係の者を含みます。
が必要となります。また、同じ種類
ください。
ださい。
合には、介護保険法第 22 条第 1 項
くことがあります。

○必要書類

預貯金等の要件を確認できる次の書類などを添付してください。(生活保護受給者は省略可)

※添付書類は被保険者と配偶者の分が必要です。

- ・預貯金(普通・定期)…通帳の写し(銀行名・支店名・名義・口座番号、申請日から2ヶ月以内の最終残高が分かる部分、インターネットバンクであれば口座残高ページの写し)
- ・有価証券(株式・国債など)、投資信託…証券会社や銀行の口座残高の写し
- ・負債(借入金・住宅ローンなど)…金銭消費貸借契約書など

提出依頼状(本人及び家族以外の方に申請をお願いする場合のみ)

同意書

青森市長 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、青森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**年**月**日

< 本人 > 住所 青森市新町1丁目3番7号

氏名 青森 太郎

< 配偶者 > 住所 同上

氏名 青森 花子

(裏面)