

介護保険負担限度額認定申請書

令和 8 年 8 月 1 日

天

記入例（裏面あり）

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	アマクサ タロウ	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 0 0
被保険者氏名	天草 太郎	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3
生年月日	明・大・昭	10 年 5 月 5	
住 所	〒 863 - 8631 天草市東浜町8-1	電話番号	24-8806
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称	〒 ショートステイ	電話番号	
入所(院)年月日(※)	昭・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。	
課税状況	市町村民税 課税	・	非課税
配偶者の有無	有・無	※この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者や内縁関係者も含みます。	

フリガナ	アマクサ ハナコ	個人番号	番号がわかりません
氏名	天草 花子	生年月日	明・大・昭 12 年 6 月 7 日
住 所	〒 863 - 8631 天草市東浜町8-1	電話番号	24-8806
1月1日の住所 ※現住所と異なる場合のみ	〒		
課税状況	市町村民税 課税	・	非課税

非課税年金受給の有無	有(遺族年金・障害年金)・無	生活保護受給の有無	有・無
受給している年金の保険者	☒ 日本年金機構 ☐ 地方公務員共済 ☐ 国家公務員共済 ☐ 私学共済		
65歳以上 (年金収入+その他の合計所得金額)	☐ 住民税非課税世帯で年額826,500円以下 → かつ、預貯金等の合計額が650万円(夫婦で1,650万円)以下 ☐ 住民税非課税世帯で年額826,500円超120万円以下 → かつ、預貯金等の合計額が550万円(夫婦で1,550万円)以下 ☒ 住民税非課税世帯で年額120万円超 → かつ、預貯金等の合計額が500万円(夫婦で1,500万円)以下		
65歳未満	☐ 住民税非課税世帯で預貯金等の合計額1,000万円(夫婦で2,000万円)以下		
預貯金額 (定期預金を含む)	本人 2,250,313 円 配偶者 950,032 円	有価証券 (評価概算額)	円
その他 (現金・負債を含む)	(種類: 現金) 100,000 円	(種類:)	

送付先	申請結果の送付先	1. 被保険者本人の住所宛て 2. 施設等 (施設等名:) 3. その他 (宛名: 〒: 住所:)
-----	----------	--

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載不要です。

申請者氏名	天草 次郎	本人との関係	子
申請者住所	〒 869-1111 熊本市中央区本丸1	電話番号	096-000-0000
※ 事業所が提出する場合、事業所の所在地と名称			

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。

※裏面へ続く⇒

添付書類	☐ 同意書(押印の確認含む)	☐ 通帳等の写し
介護度	期間: ~	
結果	☐ 該当 ()段階 (~)	☐ 非該当
生保受給	有・無 老齢福祉年金 有・無	給付制限 有・無
本人	課税・非課税 配偶者 課税・非課税	世帯状況 課税・非課税
合計資産状況	合計所得	課税年金額
非課税年金	有・無	※年金種類・収入額

同意書

天草市長

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、天草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 8 月 1 日

<本人>

住 所 天草市東浜町8番1号

氏 名 天草 太郎

押印は不要です。

<配偶者>

住 所 天草市東浜町8番1号

氏 名 天草 花子