

記入例（表）

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

鴻巣市長 様

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。

施設入所している方は施設の所在地・名称・施設の入所年月日を記入してください。
ショートステイで利用している方は記入不要です。

コウノス タロウ

被保険者番号 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

鴻巣 太郎

個人番号 1 マイナンバーは記入不要です。 1 1

生 年 月 日 昭和〇〇年1月1日

65-0000 鴻巣市中央1-1 電話番号 048-541-1321

入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）

〒365-0000

鴻巣市△△1-1-1 特別養護老人ホーム ○○

電話番号 ○〇-〇〇-〇〇

入所（院）年月日（※）

令和7年8月1日

（※）介護保険施設に入所（入院）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

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

コウノス ハナコ

氏 名

鴻巣 花子

配偶者がいる方はこの欄に記載してください。別世帯に在る配偶者の方や内縁関係の方も含みます。

生 年 月 日

昭和〇〇3月3日

個人番号 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2

住 所

〒365-0000 鴻巣市〇〇100番地 電話番号△△-△△

本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）

〒

電話番号

課 税 状 況

市町村民税

該当するいずれかの欄にチェックを入れてください。

収入等に関する申告

☐

①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者

☐

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、その他の場合の合計額が年額82.65万円以下です。【受給している年金に〇してください】
※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。

☐

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、その他の場合の合計額が年額82.65万円を超え、120万円以下です。

非課税年金を受給している方は該当するすべての非課税年金に〇をつけてください。

☒

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、その他の場合の合計額が年額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

☒

預貯金・有価証券等の金額が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、以下です。
③ 〇万円、
⑥ 〇万円（夫婦は2,000万円）
※ 〇万円（夫婦は2,000万円）
以下です。
記入漏れが多いです！必ず確認してください。

預貯金額

1,234,567円

有価証券
（評価概算額）

5,000,000円

その他
（現金・負債を含む）

（ ）※

0 円

※内容を記入してください

申請者が被保険者の場合には、以下の記載は不要です。

申請者氏名

鴻巣

連絡先（自宅・勤務先）

000-0000-0000

人との関係

- ・預貯金額：すべての口座（配偶者の分も含む）の最新の残高の合計額を記入してください。（1円単位まで）
- ・有価証券：株式・国債・地方債等がある場合にはすべての合計額を記入してください。また、金額がわかる書類を添付してください。
- ・その他：現金（タンス預金等）負債がある方はその内容を（ ）内に記入し、金額を記入してください。

申請者について
連絡先は日中連絡がとれる番号を書いてください。
被保険者が申請する場合は記入不要です。

記入例（裏）

同意書

鴻巣市長 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 ○ 年 ○ 月 ○ 日

<本人>

住所 鴻巣市中央1-1

氏名 鴻巣 太郎

被保険者本人の住所及び氏名を
ご記入ください。

配偶者がいる場合は配偶者の住所
及び氏名も記入してください。

<配偶者>

住所 鴻巣市中央1-1

氏名 鴻巣 花子

認定にあたり、金融機関等への照会を行う場合がありますので、この同意書に必ずご記入ください。
記入がない場合、受付ができない場合があります。

このページ裏面の「添付書類について」も必ず確認してください。

【添付書類について】

申請書に下記の書類を添えて提出してください。

預貯金

全ての銀行、信用金庫等の通帳または残高証明書の写し

《必要箇所》 ※通帳は、最新まで記帳してからコピーを取ってください。

- ① 表紙を開いた見開き1ページ目(銀行名等が載っているページ)
- ② 最終残高および直近2か月の口座状況がわかるページ
- ③ 定期預金がある場合は、定期預金残高がわかるページ

通帳コピーのイメージ図

- ① 表紙を開いて1ページ目
口座番号や名義人が
確認できるページ

〇〇銀行△△支店
コウノス タロウ

普通口座 1234567

- ② 最新の残高と直近2か月の取引がわかるページ※2か月の取引が1ページでわからないときは、前のページも必要です。

普通預金

年月日	お支払金額	お預かり金額	残引残高
8-3-10	2,450	電話料	1,456,317
8-3-25	30,000	CD	1,406,317
8-4-15	年金	158,400	1,564,717
8-5-10	2,450	電話料	1,562,267
8-5-20	4,000	バカバカ	1,558,267
8-6-15	年金	158,400	1,716,667

- ③ 定期預金がある場合は定期預金のページ

定期預金

預金番号	お預け年月日	お預り金額	利率	満期日
1111	8-3-10	1,000,000	0.01%	10-3-10

有価証券(株、国債、投資信託など)

- ① 株、国債、投資信託などの直近の評価額がわかるもの(評価額証明書など)
- ② 取引先証券会社、銀行等の口座の社名(銀行名)、支店名、口座番号、名義がわかる書類

その他

負債等については、借用書等金額がわかる書類

- ・添付書類のサイズは、できる限りA4サイズでコピーしてください。
- ・配偶者がいる場合は、配偶者の通帳等のコピーも必要です。
- ・通帳最終残高ページ等被保険者の氏名が確認できないものには記名をお願いいたします。
- ・生活保護を受給している方は同意書および添付書類は不要です。

※不正行為への加算金について

本申請につき、偽りその他の不正行為により申請を行い食費・居住費(滞在費)の軽減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、軽減額及び、軽減額の最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

問合せ

鴻巣市役所 介護保険課

介護推進担当 048(541)1321

内線2673・2675