

## 介護保険負担限度額認定申請書

大野城市長あて

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。

ふりがな	おおの じょー		被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 0 0												
被保険者氏名	大野 ジョー		個人番号	被保険者番号・個人番号・本籍は、不明な際は空欄のままにしてください。												
生年月日	昭和11年11月11日生		本籍	福岡	都道府県	大野城	市区町村									
住所	〒816-8510 大野城市曙町2丁目2-1 電話番号 501-2211															
利用サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 施設入所 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 介護医療院</td> <td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> ショートステイ												<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院	
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設															
<input type="checkbox"/> 介護医療院																
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒816-0934 大野城市曙町3丁目8-3 施設名：介護老人保健施設 ここふる館 電話番号 558-5000															
入所（院）年月日（※）	令和7年 6月 1日			（※）欄は、介護保険施設に入所しない場合は記入不要です。												
配偶者の有無	有			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。												
配偶者に関する事項	ふりがな	おおの まどか		生年月日	年 月 日生											
	氏名	大野 まどか		配偶者には、別居中や内縁関係も含みます。												
	住所	〒		課税	非課税											
	本年1月1日現在の住所	〒		非課税証明の添付がない場合、市で調査を行いますが、調査には時間がかかるため、認定証の発行が遅れる場合があります。												
※1月1日現在の配偶者の住所が大野城市外の場合のみ記入																
収入等に関する申告（いずれかにチェックをつけてください）	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者／市町村民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者															
	非課税世帯	<input type="checkbox"/> 本人の課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金（※）・障害年金】収入額の合計額が年額82.65万円以下です。※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"/> 本人の課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金（※）・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。														
預貯金等の申告 ※夫婦合計	<input type="checkbox"/> 預貯金・有価証券等の合計金額は以下のとおりです。 ※預貯金・有価証券等の金額をご記入ください。また、通帳等の写しを添付してください。															
	預貯金額	預貯金や有価証券などは、最終残高の記帳をお願いします。 （※年金受給口座に関しては、最新のものを含めて2回分の年金支給日の記帳が必要です。）														
決裁	課長	係長	係員													
	不表示の記入は不要です。															

申請者が本人の場合には、申請者欄について記載は不要です。

申請内容について、収入・預貯金等の内容を本人（又は配偶者等）に確認しました。			
申請者氏名	大野 ジョージ	本人との関係	長男
申請者住所	〒861-0425 大野城市曙町〇丁目〇番〇号		電話番号 092-580-1860

※注意事項※

- (1) 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及び内縁関係の者を含みます。
- (2) 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、その全てを記入してください。
- (3) 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。
- (4) 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。

照会同意欄

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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

令和 8 年 6 月 8 日

〈 本人 〉 氏名 大野 ジョー



住所 大野城市曙町2丁目2-1

〈 配偶者 〉 氏名 大野 まどか



住所 同上

↑必ず捺印してください。  
捺印のない申請書は受付できません  
(生活保護受給者は不要)

印鑑は「みとめ印」で可です。

夫婦で印鑑を1つしか所有していない場合など、やむを得ない場合を除き、印鑑はそれぞれ本人のものを使用し、夫婦で同じ印鑑を捺印することは避けてください。

※保険者記入欄※

認定	状況等	課税状況	収入状況	生活保護段階
要介護	被保護者			
	老齢福祉年金	非課税	預貯金等1,000万(夫婦2,000万)以下	
または 要支援	境界層該当 ※別紙参照		利用者負担1段階にすれば生活保護を必要 利用者負担2段階にすれば生活保護を必要 利用者負担3段階①にすれば生活保護を必要 利用者負担3段階②にすれば生活保護を必要	
	上記以外	非課税 ※第2号被保険者は、 預貯金等1,000万 (夫婦2,000万)以下	合計所得金額+年金収入額等≤82.65万、かつ預貯金等650万(夫婦1,650万)以下 82.65万<合計所得金額+年金収入額等≤120万、かつ預貯金等550万(夫婦1,550万)以下 合計所得金額+年金収入額等>120万、かつ預貯金等500万(夫婦1,500万)以下	第2段階 第3段階① 第3段階②
非該当		課税	課税者の特例措置→※別紙 収入等申告書参照	第3段階②
			上記以外	第4段階
				非該当