

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

朝霞市長 宛

記入例

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

年 月 日

個人番号(マイナンバー)がわからない場合、記入がなくても受け付けますのでご相談ください。

フリガナ	アサカ タロウ	保険者番号	0000000000
被保険者氏名	朝霞 太郎	個人番号	****-****-****
生年月日	明・大・昭 42年 3月15日		
住所	朝霞市本町1丁目1番1号	ショートステイを利用している場合は、記入不要です。	
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	介護老人保健施設ほぼたん	連絡先	
入所(院)年月日(※)	令和 7年 4月 1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。	

配偶者の有無	有	●配偶者に含まれるもの ・婚姻届を提出していない事実婚にある場合 ・長期の別居や事実上離婚状態にある場合 ●配偶者に含まれないもの ・DV防止法に定める配偶者からの暴力があった場合 ・配偶者が行方不明の場合
配偶者フリガナ	アサカ ハナコ	
配偶者氏名	朝霞 花子	
配偶者生年月日		
配偶者住所	同上	
配偶者に関する事項	本年1月1日現在の住所が異な	配偶者の住所が朝霞市以外の場合は、配偶者の「非課税証明書」を添付してください。
課税	生活保護を受給している方は必ず✓を付けてください。	非課税

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老齢福祉年金受給者 ☐ 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、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。(受給している年金)※寡婦年金、かん夫年金、母了年金、準母了年金	非課税年金(遺族年金・障害年金)を受給している方は該当する年金種別を○で囲んでください。	合計額が年額
	☒ 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、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。		
	☐ 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、その他の合計所得金額の合計額が年額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(同1650万円)、※第2号被保険者です。	預貯金額の最終残高の合計金額を記入してください。 ※裏面を参考に、預金通帳等のコピーを添付してください。	650万円です。 1650万円以下
	預貯金金額 1,234,567円	有価証券(評価概算額)	その他()※ (現金・負債を含む) ※内容を記入して下さい

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	朝霞 花子	連絡先(自宅・勤務先)	048-463-1111
申請者住所	朝霞市本町1丁目1番1号	本人との関係	妻

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保有している場合は、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、余白に記入してください。
- 虚偽の申告により不正に特定入所は、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。

裏面もあります

同意書

申請書を“受付できません”

請書を“受付できません“

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

本人の記入が難しい場合は、代筆も可能です

《成年後見人がいる場合》

成年後見人の氏名(例:朝霞太郎成年後見人〇〇〇〇)

併せて「登記事項証明書」(写し)を添付してください

令和 7 年 7 月

【本人】

住所 朝霞市本町 1 丁目 1 番 1 号

氏 名 朝 霞 太 郎

【配偶者】

住所 朝霞市本町 1 丁目 1 番 1 号

氏 名 朝 霞 花 子

市处理欄

添付書類 ☐ 同意書 ☐ 通帳等の写し				
給付制限 有 ・ 無 期間 (~)		生保受給 有 ・ 無 期間 (~)		老福受給 有 ・ 無
本人 課税 ・ 非課税 配偶者 課税 ・ 非課税 () 人世帯 課税 ・ 非課税	預貯金等額			円
	課税年金収入額			円
	その他の合計所得金額			円
	非課税年金収入額			円
☐ 該当 第 段階 ☐ 非該当				
有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)				
発行	入力	確認		受付