

# 介護保険負担限度額認定申請書の記入方法

## 表面

### 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

羽曳野市長 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。

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名	1	個人番号	
生年月日	年 月 日		
住所	〒 -	連絡先	
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	2	連絡先	
入所(院)年月日(※)	年 月 日	<small>(※)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。</small>	

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。	
配偶者に関する事項	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	個人番号
	住所	〒 -	連絡先
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)		
課税状況	市町村民税	課税 ・ 非課税	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者	【第1段階】
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 <small>※ 年金収入には非課税年金を含みます。</small>	【第2段階】
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。 <small>※ 年金収入には非課税年金を含みます。</small>	【第3段階①】
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、年金収入額と合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。 <small>※ 年金収入には非課税年金を含みます。</small>	【第3段階②】
非課税年金に関する申告	非課税年金受給の有無 【有 ・ 無】	左記において「無」の場合は、以下の「年金の種類」、「年金保険者」については、記載不要です。
	年金の種類	<input type="checkbox"/> 遺族年金 (受給している年) <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 寡婦年金 <input type="checkbox"/> かん夫年金 <input type="checkbox"/> 母子年金 <input type="checkbox"/> 準母子年金 <input type="checkbox"/> 遺児年金 <small>※非課税年金には、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。(恩給は含みません。)</small>
	年金保険者	日本年金 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済 <small>※受給している全ての年金の保険者に○してください。</small>

- 被保険者の方の氏名と個人番号（マイナンバー）、被保険者証に記載されている住所、被保険者番号等を記入してください。  
※個人番号（マイナンバー）を記載することが困難な場合は、羽曳野市において確認させていただきます。なお、下記もご参照ください。
- 特別養護老人ホーム等の介護保険施設に入所されている方は、入所先の施設名、所在地、入所年月日を記入してください。ショートステイを利用している場合は記入不要です。

### 【配偶者に関する事項】

- 配偶者がいる場合は、「有」に○をつけ、配偶者の氏名、生年月日、配偶者の市町村民税の課税状況等を記入してください。配偶者がいない場合は、「無」に○をつけてください。その場合、配偶者の氏名等の記入は不要です。  
(配偶者の有無は、決定に必要な情報ですので、必ず記入してください。)
  - 配偶者に含まれるもの  
婚姻届を提出していない事実婚  
長期の別居や事実上離婚状態にある場合も配偶者に含まれます。
  - 配偶者に含まれないもの  
DV防止法における配偶者からの暴力があった場合  
行方不明の場合

**※本人が市町村民税非課税世帯に属している場合でも、配偶者が課税されている場合は、負担限度額の適用を受けることが出来ません。**

※生活保護を受給中の方は、「配偶者に関する事項」の記入は不要です。

- 令和3年中の収入等を基に該当する欄にレ点チェックをしてください。
- 非課税年金に関する事項
  - 非課税年金を受給している場合は「有」に○をつけ、受給している「年金の種類」と、「年金保険者」にチェックをしてください。
  - 非課税年金を受給していない場合は、「無」に○をつけてください。その場合、年金の種類の欄の記入は不要です。

負担限度額の申請につきましては、申請書への個人番号（マイナンバー）の記載と、以下の添付書類が必要となります。**※ご本人以外の方が申請される場合は、申請者の本人確認書類を添付してください。**

### ■添付書類（個人番号の番号確認・本人確認）

下記1、2どちらかの書類またはその写しが必要となります。

- 個人番号カードの写し（表と裏）
- 住民票（個人番号記載有）の写しと下記AまたはBの書類の写し
  - A：写真表示があり氏名、生年月日または住所表示があるもの（1点）
  - 運転免許証の写し・パスポートの写し・身体障がい者手帳の写し など
  - B：写真表示がなく氏名、生年月日または住所表示があるもの（2点）
  - 健康保険証の写し・介護保険証の写し・年金証書の写し など

(表面からの続き)

# 裏面

## ◎預貯金等に関する申告

預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が下記⑥の預貯金等の合計金額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳簿の写しを添付の上、別添のとおり				
	6	預貯金額	円	有価証券 (評価概算)	円	その他 (現金・負債を含む)

⑥ 預貯金等の資産状況について記入してください。配偶者がいる場合は、配偶者に係る預貯金等についても記入してください。(夫婦以外の世帯員にかかる資産については、記入不要です。)  
◆預貯金等の写しの添付が必要です。

## ◎預貯金等の合計金額

- ・第1段階：預貯金等が単身1,000万円、夫婦2,000万円以下
- ・第2段階：預貯金等が単身 650万円、夫婦1,650万円以下
- ・第3段階①：預貯金等が単身 550万円、夫婦1,550万円以下
- ・第3段階②：預貯金等が単身 500万円、夫婦1,500万円以下

### ○ 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。
- ・預貯金(普通・定期)…通帳の写し(銀行名・支店名・口座番号・名義、最終残高(2ヶ月前まで)の分かる部分)
- ・有価証券(株式・国債など)…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)…借書など

⑦ 本人が署名してください。本人が署名できない場合は、代筆で本人氏名を記入の上、押印してください。  
また、配偶者が有の場合は、預貯金等の有無にかかわらず、配偶者も署名してください。

## 同意書

羽曳野市長 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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

7

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

(※)

<配偶者>

住所

氏名

(※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

⑧ ご本人以外の家族の方が申請される場合に、申請者の氏名、ご本人との関係、連絡先等を記入してください。同一世帯の方以外が申請される場合は、委任状が必要となります。

## 委任状

令和●●年●月●日

(代理人) 住所 羽曳野市●●町▲番地  
氏名 羽曳野 二郎

私は、上記の者を代理人として、下記の事項に関する権限を委任します。

(委任事項)  
介護保険負担限度額認定の申請

(委任者) 住所 羽曳野市誉田4丁目1番1号  
氏名 羽曳野 太郎 (※)  
生年月日 昭和●●年●月●日  
(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

# 記入例

## 【申請書提出者欄】

申請書提出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	本人との関係
申請者住所	連絡先

8

【ご不明なことがあればお問合せください】

羽曳野市役所 高年介護課 介護保険担当

電話072-958-1111 FAX072-950-2536

内線 1370・1371・1399