

記入例（表面）

介護保険負担限度額認定申請書

①申請日をご記入ください。

令和8年1月1日

(申請先)

木曾広

②認定を受けられる方の各情報をご記入ください。

次のとおり()内を記入し、()内の欄に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ 被保険者氏名	コウイキ タロウ	被保険者番号	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	広域 太郎	個人番号										
		生年月日										
住所	〒399-6101 木曾町日義4898番地37											
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	〒399-6101 木曾町福島9999番地 介護老人保健施設 ○○○○										電話番号 0123-45-6789	
入所(院)年月日 (※)	令和7年1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。

個人番号(マイナンバー)は、
記入不要です。

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 · 無		配偶者 に
配偶者に関する 事項	フリガナ	コウイキ ハナコ	
	氏名	広域 花子	
	生年月日	昭和8年1月1日	個
	住所	〒399-6101 木曾町日義4898番地37	
	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 · <input checked="" type="radio"/> 非課税		

③配偶者がいる場合は、配偶者の情報をご記入ください。
(内縁関係や同居してない場合も含む)

収入等に関する 申告	<input type="checkbox"/>	①
	<input type="checkbox"/>	②
	<input checked="" type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であ る場合、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	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、 ③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、 ⑤の方は500万円(同1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③~⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。
	預貯金額	3,500,000円
	有価証券 (評価概算額)	0円
	その他 (現金・負債を 含む)	(現金)※ 50,000円 ※内容を記入してください

④収入状況に当てはまるものにチェックをしてください。
また、遺族年金・障害年金を受給している場合は、受給して
いる年金にそれぞれ○をつけてください。
ご不明な場合は空欄でも構いません。

⑤全ての預貯金等残高(普通・定期等)を合計した額をご記入
ください。(夫婦の場合は2人の預貯金額の合計)

申請者氏名	広域 次郎
申請者住所	〒399-6101 木曾町日義4898番地

※本人及び配偶者の預貯金通帳等の写し(以下の①・②)の添付
が必要です。(生活保護受給者・境界層該当者は不要です。)
(1)銀行名・支店・口座番号・名義の分かる部分(通帳見開き)
(2)最終の残高(申請日の直近2か月以内)が分かる部分の写し

⑥申請者が本人と異なる場合
は、必ずご記入ください。

※裏面にも記入が必要です。記入がない場合は受付できません。

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27条第1項の規定に基づき、

支給され

同意書

木曾広域連合長 殿

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、貴広域連合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。

令和 8 年 1 月 1

本人または配偶者が署名できない場合は、
代筆者の署名をお願いいたします。

< 本人 >

住 所 木曾町日義 4 8 9 8 番地 3 7
氏 名（署名） 広域 太郎
代筆者（署名） 広域 次郎

< 配偶者 >

住 所 木曾町日義 4 8 9 8 番地 3 7
氏 名（署名） 広域 花子
代筆者（署名） 広域 次郎

☆提出前に今一度ご確認ください☆

介護保険負担限度額認定申請書（表面）および同意書（裏面）の記入

本人及び配偶者の預貯金通帳等の写し（以下の①・②）

（生活保護受給者・境界層該当者は不要です。）

① 銀行名・支店名・口座番号・名義が分かる部分（通帳見開き）の写し

② 最終の残高（申請日の直近 2 か月以内）が分かる部分の写し