

介護保険負担限度額認定申請書

令和 7 年 6 月 5 日

木曾広域連合長 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	キソ ハナコ	個人番号										
被保険者氏名	木曾 花子	被保険者番号	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8
生年月日	明・大・ 昭 5 年 3 月 1 日											
住 所	〒 399 - 6101 木曾町日義 9999											
入所介護保険施設の所在地及び名称(※)	特別養護老人ホーム こういき											
入所(院)年月日(※)	令和 7 年 1 月 1 日											

(※) 介護保険施設に入所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。

認定対象者本人の情報を
ご記入ください。

配偶者の有無	有 ・ 無	「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。		
フリガナ	キソ タロウ	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
氏 名	木曾 太郎			
住 所	〒 399 - 6101 木曾町日義 9999			
前年の収入状況に当てはまる欄に チェックをしてください。	住民税 課税 ・ 非課税	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	☐ 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	受給している全ての年金の保険者に○をしてください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済			
	☐ ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】の合計額が年額80.9万円以下です。				
	☒ ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・ 障害年金 】の合計額が年額80.9万円を超えて、120万円以下です。				
	☐ ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】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	☒ 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円以下、③の方は650万円(夫婦は1,650万円)、④の方は500万円(夫婦は1,500万円)以下です。 ※第2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)です。				
預貯金額	4,500,123 円	有価証券(評価概算額)	0 円	その他(現金・負債を含む)	(現金)※ 120,000 円 ※内容を記入してください。

年金を受給している場合は、
該当するものに○をつけてください。

申請者が被保険者本人の場合は記載不要です。

申請者氏名	木曾 次郎	被保険者氏名	木曾 花子
申請者住所	〒 399 - 6101 木曾町日義 9999	日中連絡	

申請者が本人と異なる場合は、
ご記入ください。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。
※夫婦の場合には、二人の預貯金額を
ご記入ください。
通帳のコピー等を添付

※裏面の同意書にもご署名ください。

同意書

木曾広域連合長 殿

- 1 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。
- 2 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。
- 3 私(被保険者本人)が負担すべき限度額について、サービス提供事業者に対して必要に応じて情報提供することに同意します。

令和 7 年 6 月 5 日

<本人>

住所 木曾町日義 9999
氏名 木曾 花子

<配偶者>

住所
氏名

<代筆者>

住所 木曾町日義 9999
氏名 木曾 次郎

本人や配偶者欄を代筆した場合、
代筆者欄にも署名をお願いいたします。