

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和 8 年 ○月 ○日

フリガナ 被保険者氏名	タ ジ ミ タロウ		保険者番号	212043									
	多治見 太郎		被保険者番号	申請書の記入日									
			個人番号	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
生 年 月 日	明・大・昭 〇〇 年 〇 月 〇 日												
住 所	〒507-0037 多治見市音羽町〇-〇		施設に入所している方は、施設の名称等を記入										
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒507-0037 多治見市音羽町〇-〇		介護老人保健施設 多治見										
入所(院)年月日(※)	年 月		「有」の場合、以下の配偶者に関する事項を記入										
配偶者の有無	有		上記において「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	タ ジ ミ ハナコ		生年月日	明・大・昭・平 〇〇 年 〇 月 〇 日								
	氏名	多治見 花子											
	住所	〒 ※本年1月1日現在の住所を記入してください。											
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税											
収入等及び預貯金等に関する申告	☐ 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者(※) ☐ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び【□遺族年金・□障害年金】収入額の合計額が年額82万6500円以下かつ、預貯金等の合計が650万円(夫婦は1650万円)以下(※) ☐ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び【□遺族年金・□障害年金】収入額の合計額が82万6500円超、120万円以下かつ、預貯金等の合計が550万円(夫婦は1550万円)以下(※) ☐ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び【□遺族年金・□障害年金】収入額の合計額が120万円を超えるかつ、預貯金等の合計が500万円(夫婦は1500万円)以下(※)												
	(※) 40～64歳(2号) 預貯金等の												
	年金に関する申告	☐ 日本年金機構 すべて通帳の残高の合計を記入 ☐ 有価証券、その他がない場合は0を記入											
預貯金額	5,000,000 円		有価証券(評価概算額)	0 円		その他(現金・負債を含む)	0 円						
※資産の内容を記入													
住所	多治見市日ノ出町〇-〇												
申請者	氏名 多治見 次郎 (本人との関係 長男)												
	電話番号 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇 ※申請者が被保険者本人の場合には、記載は不要です。												

注意事项

本人の代わりに代理で記入した場合は、申請者氏名、申請者住所、電話番号、本人との関係を記入

裏面へ続く

裏面へ続く

同意書

多治見市長

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。）に私及び私の配偶者（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、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伝えて構いません。

同意書の記入日

令和8年〇月〇日

<本人>

住所 多治見市音羽町〇—〇

氏名 多治見 太郎

<配偶者>

住所 多治見市音羽町〇—〇

氏名 多治見 花子

印

印

本人と配偶者の印鑑を押印

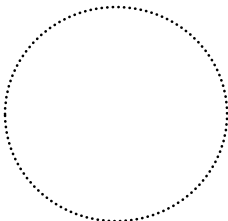
配偶者無しの場合は配偶者欄未記入

多治見市記入欄

交付年月日	
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日	
から	
有効期限	
年 月 日	
まで	

所得要件	適	・	不適
資産要件	適	・	不適
	承認	・	不承認
第 段階			

受付印



【確認書類】 個人番号カード・通知カード・運転免許証 介護保険証・負担割合証・医療保険証 ケアマネ証・その他（ ）	確認者
--	-----

確認欄		
1 申請確認	2 入力	3 入力確認