

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和7年 〇月 〇日

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 電話番号 〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇											
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 電話番号 〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇											
入所(院)年月日(※)	年 月 日 「有」の場合、以下の配偶者に関する事項を記入 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											
配偶者の有無	有・無 注記において「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	生年月日	〇〇年 〇月 〇日								
	住所	〒 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 ※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【口遺族年金・口障害年金】収入額の合計額が年額80万9千円以下かつ、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【口遺族年金・口障害年金】収入額の合計額が80万9千円超、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【口遺族年金・口障害年金】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) 預貯金等の合計額											
年金に関する申告	☐ 日本年金機構 全ての通帳の残高の合計を記入 ☐ 有価証券、その他没有の場合 〇を記入											
預貯金額	5,000,000円 有価証券(評価概算額) 〇円 その他(現金・負債を含む) 〇円 ※資産の内容を記入											
申請者	住所 多治見市日ノ出町〇-〇 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。											

注意事項

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

世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の有無を記載している場合は、そのすべてを記入し、別紙に記入の上添付してください。
給付金等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支払われることがあります。

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7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

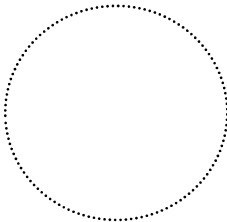
本人と配偶者の印鑑を押印

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			



【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
--	-----

システム処理	
氏名	交付
	☐ 手渡し ☐ 郵送