

介護保険負担限度額認定申請書

令和8年4月1日

(申請先)

弘前市長 様

記入例

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 被保険者氏名	ヒロサキ サクラコ	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	弘前 桜子	個人番号											
	※自筆でない場合は記名押印が必要	生年月日	昭和	11	年	11	月	11	日				
住所	弘前市大字上白銀町一丁目1番地						電話番号	0000-00-0000					
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	弘前市大字上白銀町〇丁目〇番地 特別養護老人ホーム ○○○○○○						電話番号	0000-00-0000					
入所（院）年月日 （※）	令和 11 年 11 月 11 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。									

配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配偶者の有無が「無」の場合、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	ヒロサキ タロウ												
	氏名	弘前 太郎												
	生年月日	令和 11 年 11 月 11 日	個人番号											
	住所	弘前市大字上白銀町一丁目1番目						電話番号	0000-00-0000					
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）							電話番号						
課税状況	市町村民税 <input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税													

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	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										
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、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80.9万円以下です。 (受給している年金に〇してください) ※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。以下同じ。										
	<input checked="" type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、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80.9万円を超え、120万円以下です。										
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、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 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	1,000,000円	有価証券 (評価概算額)	100,000円	その他 (現金・負債を含む)	(現金)※ 100,000円	※内容を記入してください。					

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

申請者氏名	弘前 城	連絡先	0000-00-0000									
〒	036-8551	本人との関係	子									
申請者住所	弘前市大字上白銀町一丁目1番地											

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- 虚偽の申告により不正に特定入所者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22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

※裏面同意書も必ず記入してください。

同意書

(あて先) 弘前市長

同意書も忘れずに記入する

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、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。

令和 8年 4月 1日

<本人>

住所 弘前市大字上白銀町一丁目1番地

氏名 弘前 桜子

※自筆でない場合は、記名押印してください。

<配偶者>

住所 弘前市大字上白銀町一丁目1番地

氏名 弘前 太郎

※自筆でない場合は、記名押印してください。

弘前市記入欄

負担段階	第 1・2・3①・3② 段階	非該当 (課税世帯・別世帯課税・資産超過)					
生保受給	記入しない		月	日			
本人			考				
配偶者							
世帯課税							
預貯金等							
適用年月日	年	月	日から	年	月	日まで	<input type="checkbox"/> 添削