

介護保険負担限度額認定申請書

新規申請記入例

佐賀中部広域連合 様

最近いずれかの手続きをされた場合は○を付けてください。

転居・生保(申請中・廃止・認定)・修正申告

※いずれかに該当する場合は○してください。

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に

申請書を提出される日です。

申請日 令和 7 年 8 月 1 日

フリガナ	コウキ ハナコ	
被保険者氏名	広域 花子	被保険者番号 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7
生年月日	明・大・昭 10 年 7 月 7 日	個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
住 所	〒840-1234 佐賀市大財1丁目1番111号 連絡先(昼間連絡のできる電話番号) 0952-11-1111	
入所介護保険施設の所在地及び名称(※)	佐賀市白山二丁目1番12号 特別養護老人ホーム 中部 電話番号 0952-01-2345	
入所(院)年月日(※)	令和 7 年 5 月 1 日	

別世帯に配偶者がいる場合も、「有」に○してください。配偶者がいない、もしくは既に亡くなっている場合は「無」に○してください。

配偶者の有無	有	
配偶者に関するフリガナ	コウキ タロウ	
氏 名	広域太郎	生年月日 明・大・昭 10 年 7 月 7 日
住 所	〒840-5678 佐賀市大財2丁目2番222号 電話番号 0952-22-2222	

【収入等に関する申告】
被保険者本人について記入してください。

被保険者本人の非課税年金受給の有無について記入してください。

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者/②市町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○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非課税年金【遺族年金・障害年金・受給なし】収入額の合計額が年額80万9千円以下です。 (いずれかに○してください) 遺族年金は、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。				
	☐	④市町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非課税年金【遺族年金・障害年金・受給なし】収入額の合計額が年額80万9千円を超え120万円以下です。 (いずれかに○してください) 遺族年金は、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。				
	☐	⑤市町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非課税年金【遺族年金・障害年金・受給なし】収入額の合計額が年額120万円を超えます。 (いずれかに○してください) 遺族年金は、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。				
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1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)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1000万円(夫婦は2000万円)以下です。				
	預貯金額	3,251,365円	有価証券(評価概算額)	1,152,532円	その他(現金・負債を含む)	(借入金)※ 113,621円

※内容を記入してください。

申請者	被保険者本人の場合、記載は不要です。	
申請者氏名	広域 次郎	連絡先(昼間連絡のとれる電話番号) 0952-22-2222
申請者住所	〒840-5678 佐賀市大財2丁目2番222号	被保険者との関係 子

注意事項

(1) この申請書については、世帯分離をしている配偶者又は内縁の配偶者は、申請内容についての問合せ先となります。

【預貯金等に関する申告】
被保険者本人と配偶者名義の全てについて記入して下さい。
申告の対象となる預貯金等の種類や必要な添付書類については、「更新のお知らせ」をご確認ください。

所得分布の状況等	☐ 世帯課税	☐ 承認しない	保険給付制限 ☐ 有 ☐ 無				
	☐ 配偶者課税	☐ 承認しない					
	☐ 預貯金等超過	☐ 承認しない					
	☐ 世帯非課税	食費負担限度額	居住費負担限度額				
I ☐ 生活保護の受給者 老齢福祉年金受給者	合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計	300円	ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室①	従来型個室②	多床室
	II ☐ 80万円以下	施設 390円 短期入所 600円	880	550	380	550	0
	III ① ☐ 120万円以下	施設 650円 短期入所 1,000円	880	550	480	550	430
	III ② ☐ 120万円超	施設 1,360円 短期入所 1,300円	1,370	1,370	880	1,370	430
			ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室①	従来型個室②	多床室
			1,370	1,370	880	1,370	430

同意書

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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、佐賀中部広域連合が照会することに同意します。

佐賀中部広域連合長 様

記入された日です。

令和 7 年 8 月 1 日

〈本人〉

住所 佐賀市大財1丁目1番111号

氏名 広域 花子

代筆者 広域 太郎 子

〈配偶者〉

住所 佐賀市大財2丁目2番222号

氏名 広域 太郎

代筆者 広域 太郎 子

原則は本人署名ですが、署名が出来ない場合は、代筆である旨を記入し、代筆者の住所・氏名・続柄を追記してください。
代筆者が配偶者または申請者の場合は、住所の記載は省略できます。
また、氏名をパソコン等で入力後、印刷されたものを提出される場合、またはケアマネジャーや施設職員等で代筆した場合には印鑑の押印（被保険者本人のもの）が必要となります。