

介護保険負担限度額認定申請書

更新申請記入例

佐賀中部広域連合長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に

申請書を提出される日です。

申請日 令和 8 年 6 月 1 日

フリガナ	コウキ ハナコ		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7		
被保険者氏名	広域 花子		空欄でも可能です。												
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△丁目○番○号		連絡先(屋間連絡のできる電話番号)	0952-△△-〇〇〇〇											
入所(院)介護保険施設の所在地及び名称(※)	佐賀市白山○丁目○番○号		特別養護老人ホーム 中部	電話番号 0952-□□-□□□□											
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」に〇してください。配偶者がいない、既に亡くなっている場合は「無」に〇してください。

配偶者の有無	有		無
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△丁目△番△△号		電話番号 0952-〇〇-△△△△

【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。

非課税

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	<input type="checkbox"/>	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			
	<input checked="" type="checkbox"/>	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82万6千5百円以下です。 <small>(いずれかに〇してください) 遺族年金には、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。</small>	受給している全ての年金の保険者に〇してください 日本年金機構		
	<input type="checkbox"/>	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82万6千5百円を超え120万円以下です。 <small>(いずれかに〇してください) 遺族年金には、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。</small>	地方公務員共済		
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	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。 <small>(いずれかに〇してください) 遺族年金には、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。</small>	国家公務員共済 私学共済		
	<input checked="" type="checkbox"/>	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)	(備入金)※ 113,621円

※内容を記入してください。

申請者氏名	広域 次郎	連絡先(屋間連絡のとれる電話番号)	0952-〇〇-△△△△
申請者住所	〒840-5678 佐賀市大財△丁目△番△△号	被保険者との関係	子

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	<input type="checkbox"/>	世帯課税	<input type="checkbox"/>	承認しない								
	<input type="checkbox"/>	配偶者課税	<input type="checkbox"/>	承認しない								
	<input type="checkbox"/>	預貯金等超過	<input type="checkbox"/>	承認しない								
	<input type="checkbox"/>	世帯非課税	食費負担限度額	居住費負担限度額								
	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	I <input type="checkbox"/>	生活保護の受給者 老齢福祉年金受給者	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①	多床室②		
				82万6千5百円以下	施設	短期入所	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	多床室②
				120万円以下	施設	短期入所	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	多床室②
				120万円超	施設	短期入所	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	多床室②

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 8 年 6 月 1 日

〈本人〉

住所 佐賀市大財〇丁目〇番〇号

氏名 広域 花子

(代筆者)

住所 佐賀市大財△丁目△番△△号

氏名 広域 次郎 続柄 子

〈配偶者〉

住所 佐賀市大財△丁目△番△△号

氏名 広域 太郎

(代筆者)

住所 佐賀市大財△丁目△番△△号

氏名 広域 次郎 続柄 子

原則は本人署名ですが、署名が出来ない場合は、代筆者の欄に、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、または親族及び成年後見人以外で代筆した場合には印鑑の押印（被保険者本人及び配偶者のもの）が必要となります。