

代理申請者名等をご記入ください。  
※後見人の場合は、後見人氏名の横に押印をしてください。  
※本人申請の場合は記入不要です。

届間連絡の取れる電話番号をご記入ください。

## 記入例

代理申請者が家族以外の場合は記入をしてください。

### 介護保険負担限度額認定申請書

代理申請者	本人申請の場合記載不要 住 所： <b>甲府市丸の内1丁目18番1号</b> 電話番号： <b>090(111)2222 055(237)1161</b> 氏 名： <b>介護 一男</b> (本人との関係： <b>長男</b> )	委任状 私は、左記の者にこの申請を委任します。 (家族の場合記載不要) 被保険者 本人氏名
-------	--	---

個人番号（マイナンバー）の記入が難しい場合等は、空欄で構いません。

フリガナ	<b>カイゴ 知久</b>	保険者番号	1 2 3 4 5
被保険者氏名	<b>介護 太郎</b>	被保険者番号	6 7 8 9 1 2 3
生年月日	<b>昭和5年6月7日</b>	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3

①

住 所	<b>〒 400-8585 甲府市丸の内1丁目18番1号</b>	電話番号 <b>055-237-5480</b>
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒	
入 所（院）年月日（※）	年 月 日	（※）イを利用左記においては
配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	無
配偶者情報	<b>カイゴ ハナコ 介護 花子</b>	
個人番号	<b>3 2 1 9 8 7 6 5 4 3 2 1</b>	
住 所	<b>甲府市丸の内1丁目18番1号</b>	

①・被保険者本人についてご記入ください。  
・介護施設に入所している場合は、入所先の施設所在地・入所年月日をご記入ください。（ショートステイを利用している場合は、記入不要です）

②

配偶者に関する事項		
本年1月1日現在の住所（既往所と異なる場合）		
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 <input type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税者であつて年金※・障害年金】（受給している年 <input checked="" type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者であつて、 <input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であつて、 	
預貯金等に関する申告	<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。	

②・配偶者の有無に○をしてください。  
・配偶者がいる場合は、氏名等もご記入ください。

③

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 <input type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税者であつて年金※・障害年金】（受給している年 <input checked="" type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者であつて、 <input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であつて、 	
-----------	---	--

③・被保険者本人の合計所得 + 課税年金収入 + 非課税年金収入の合計額を計算していただき、あてはまる□にチェックを入れてください。  
・【遺族年金・障害年金】の受給がある場合は、該当年金に必ず○をしてください。

④

預貯金等に関する申告	<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	<b>12,345 円</b>	有価証券 (評価概算額)	<b>0 円</b>	その他 (現金・負債を含む)	内容 ( タンス貯金 ) <b>500,000 円</b>

（あて先） 甲府市長  
上記のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）による負担限度額認定の申請をします。  
なお、この申請の認定決定にあたり、私及び私の属する世帯の世帯員の老齢福祉年金受給情報・生活保護受給情報・市民税課税情報を調査することに同意します。

注意事項

- (1)
- (2)
- (3)
- (4)

④ 預貯金額、有価証券、その他に金額をご記入ください。  
※ない場合は「○」とご記入ください。  
※夫婦の場合は、必ず夫婦の合計金額をご記入ください。  
※定期預金や積立預金等がある場合は預貯金額の合計に含めてください。  
※株式や投資信託、出資金等がある場合は「有価証券」の合計に含めてください。

申込書類を添付してください。  
第1項の規定に基づく

月 日
第3段階の、
1360円【1300円、
1,370円、
1,370円、
880円、
1,370円、
430円、
護 課
長
課 長

=裏面もご覧ください=

## 同 意 書

(あて先) 甲府市長

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、

また、貴市長の報告要求に対し、

記入年月日を記入してください。

令和〇 年 〇 月 〇 日

夫婦の場合は、<本人><配偶者>欄両方の住所・氏名を記入してください。  
また、修正する場合は二重線で修正のうえ訂正印を押してください。

※代筆可能ですがご記入いただく前に本人に意思確認を必ず行ってください。

※代理申請者が後見人の場合は、空欄に後見人の住所・氏名のご記入と押印をしてください。

<本人>

住所 甲府市丸の内1丁目18番1号

氏名 介護 太郎

<配偶者>

住所 甲府市丸の内1丁目18番1号

氏名 介護 花子