

# 記入方法

(新規申請用)

郵送で申請される場合は、申請される方の身元確認書類（運転免許証、マイナンバーカードなど）の写しを必ず添付してください

## 介護保険負担限度額認定申請書 《表面》

令和 ● 年 ● 月 ● 日

(宛先) 周南市長  
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	シュナン タロウ	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
被保険者氏名	周南 太郎	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0
生年月日	明・大・昭 12年 2月 2日		
住所	周南市〇〇一丁目1番1号	電話番号 (0834)	●●●-●●●●
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称	周南市〇〇町2番2号 特別養護老人ホーム しゅうなん 電話番号 (0834) 〇〇-〇〇〇〇	※入所(院)していない場合及びショートステイ利用の方は、記入不要です。	
入所(院)年月日	昭・平・令 6年 ●月 ●日		
配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」の場合は、「配偶者に関する事項」を記入してください。		
配偶者に関する事項	フリガナ	シュナン ハコ	
	氏名	周南 花子	生年月日 明・大・昭・平 18年 8月 8日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ	電話番号 (0834) ●●●-●●●●
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)		
課税状況	市町村民税 <input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税		
非課税年金の受給状況	非課税年金受給 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」の場合は、「年金の種類」と「年金保険者」について、あてはまるものすべてに○をしてください。	年金の種類	年金保険者
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> ① 生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者	<input type="checkbox"/> ① 預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は合計2,000万円)以下です。	預貯金等に関する申告
	<input type="checkbox"/> ② 市町村民税世帯非課税者であって、公的年金収入金額※とその他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円以下です。 ※非課税年金を含む。	<input type="checkbox"/> ② 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は合計1,650万円)以下です。	
	<input checked="" type="checkbox"/> ③-1 市町村民税世帯非課税者であって、公的年金収入金額※とその他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円を超え120万円以下です。 ※非課税年金を含む。	<input checked="" type="checkbox"/> ③-1 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は合計1,550万円)以下です。	
	<input type="checkbox"/> ③-2 市町村民税世帯非課税者であって、公的年金収入金額※と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。 ※非課税年金を含む。	<input type="checkbox"/> ③-2 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は合計1,500万円)以下です。	
預貯金額	●●●●●●●● 円	有価証券(計価計算額)	0 円
※申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。		その他(現金・負債を含む)	0 円
申請者	氏名 周南 里子	電話番号 (090) ●●●●●-●●●●	
	住所 周南市〇〇3丁目3番3号	本人との関係	子

提出する日と年度をご記入ください。  
(令和8年8月1日～令和9年7月31日有効なものは8年度です。)

被保険者番号、個人番号（マイナンバー）をご記入ください。  
※わからない場合や記入が困難な方は、省略できます。

「特別養護老人ホーム」「介護老人保健施設」「介護医療院」に入所している場合のみご記入ください。

配偶者がいらっしゃる方は、「有」に○をしてください。内縁関係も含みます。配偶者に関する事項をすべてご記入ください。  
「無」に○をされた方は、配偶者に関する事項は記入不要です。

「収入等に関する申告」  
令和7年中の収入について、被保険者の課税年金収入+非課税年金収入（遺族年金・障害年金）+その他の合計所得の総合計に当てはまる場所にチェックしてください。  
※非課税年金を受給されている方は、「有」にチェックをし、【遺族年金・障害年金】のどちらかに「○」をご記入ください。  
また、受給している年金の年金保険者に○をしてください。  
※非課税年金を受給されていない方は、「無」にチェックをしてください。その場合、年金保険者の箇所は、記入不要です。

「預貯金等に関する申告」  
「収入に関する申告」でチェックをされた行と同じ並びの預貯金等の金額に該当される場合は、チェックしてください。

配偶者がいる場合は、夫婦での合計額をご記入ください。  
なしの箇所については「0」円をご記入ください。

※預貯金通帳は、「金融機関名・支店名・口座番号・口座名義人様のお名前がわかるページ(通帳を1枚めくったページ)」、「最終残高のページ(申請日から2か月以内)」の写しが必要です。なお、年金が振込されている通帳は、年金受給状況の確認のため、「年金振込のわかるページ」の写しも添付をお願いいたします。

日中に連絡がつく電話番号をご記入ください。

※裏面もご確認ください※

## 同意書

(宛先) 周南市長

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、周南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 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

→ 提出する日をご記入ください。

} → 被保険者についてご記入ください。

} 被保険者に配偶者がいる場合にご記入ください。  
※同意書については、記名（スタンプや印刷によるもの）である場合、氏名の横に押印が必要です。  
なお、訂正される場合は、訂正印または訂正署名が必要です。

※記名の場合は、氏名の横に押印が必要です。

※訂正される場合は、訂正印または訂正署名が必要です。