

記載例

介護保険負担限度額認定申請書

令和7年8月1日

(宛先) 新潟市長

申請日を記入します。

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	ニイガタ タロウ 新潟 太郎	被保険者番号	0000000000
生年月日	昭和元年1月1日	個人番号	
住 所	〒000-0000 新潟市〇〇区××通△番町□□番地	連絡先	011-123-4567
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒000-0000 新潟市〇〇区××町△△番地 特養ホーム□□	連絡先	025-000-0000
入所（院）年月日（※）	令和7年1月1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。	

マイナンバーを記入します。
不明の場合は空欄可です。

配偶者の有無	☒ 有 ・ ☐ 無	当てはまるほうに丸を付けます。 「有」の場合は配偶者様の情報をご記入ください、 「無」の場合は下の「収入等に関する申告」へ進んでください。	
フリガナ 氏 名	ニイガタ ハナコ 新潟 花子		
生年月日	昭和2年2月2日	個人番号	
住 所	〒000-0000 新潟市〇〇区××町△△番地	連絡先	025-□□□-□□□□
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒000-0000 〇〇県××市△△町□□番地		
課税状況	市町村民税 課税 ・ ☒ 非課税		

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者	該当する場合は○をつけてください。		
	☐	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のみして下さい。以下同じ。） ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。			
	☒	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、年額80.9万円を超え、120万円以下です。			
	☐	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	☒	当てはまる場合はチェックを入れてください ※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	123,456 円	有価証券（評価概算額）	789,000 円	その他（現金・負債を含む）

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	新潟 一郎	連絡先（自宅 ☒ 携帯・勤務先）	090-×××-××××
申請者住所	〒000-0000 新潟市〇〇区××町△△通り□□	本人との関係	長男

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、婚姻関係にある者を指します。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を添付してください。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してください。
- 虚偽の申告により不正に特定入所者介護費の認定を受けた場合は、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。

被保険者以外が申請する場合には必ず申請者情報を記入してください。

同意書

(宛先) 新潟市長

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。）の課税状況並びに保有する預貯金及び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、新潟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7年3月1日

<本人>

住所	新潟市〇〇区××通△番町□□番地
氏名	新潟 太郎

<代筆者>

氏名	新潟 一郎
----	-------

(代筆の場合は代筆者氏名もご記入下さい)

<配偶者>

住所	新潟市〇〇区××町△△番地
氏名	新潟 花子

<代筆者>

氏名	新潟 一郎
----	-------

(代筆の場合は代筆者氏名もご記入下さい)