

介護保険負担限度額認定申請について

申請時には下記の書類が必要となります。裏面の記入例をご確認の上、必要書類を添えて申請してください。

【申請時の必要書類】

① 介護保険負担限度額申請書

裏面の記入例をご確認の上、申請書を記入してください。

※申請書裏面の同意欄には記名が必要です。

② 本人と配偶者の預貯金等が確認できる書類（預金通帳の写し等）

※書類についての詳細は、下記をご覧ください。また、窓口にお越しいただき申請される場合、預金通帳等の原本を持参していただければ、提出に必要な箇所をコピーさせていただきます。

※①②の書類に不備がある場合、申請の受付ができませんので、ご注意ください。

収入・預貯金等に関する申告と申請に必要な書類について

○ 収入・預貯金等に関する申告について

- ・被保険者本人及び配偶者並びに全ての世帯員が非課税の場合対象となります。
配偶者には、同世帯でない場合や事実上の婚姻関係（内縁関係）にある場合も含みます。
- ・収入等に関する申告について、年金収入等とは「公的年金等収入金額（非課税年金を含む）＋その他の合計所得金額」で判定します。
- ・預貯金等に関する申告について、預貯金等の金額を確認し表面の基準額を超える場合には負担軽減の対象外です。

○ 申請書時に必要な「本人と配偶者の預貯金等が確認できる書類」について

以下の表のとおりです。資産状況に応じて、該当する書類を提出してください。

本人及び配偶者の資産状況	必要となる添付書類
預貯金（普通・定期）	通帳の写し※ （インターネットバンクであればウェブサイトの写しも可）
有価証券（株式・国債・地方債・社債など）	証券会社や銀行の口座残高の写し （ウェブサイトの写しも可）
金・銀（積立購入を含む）など、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属	購入先の口座残高の写し （ウェブサイトの写しも可）
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し （ウェブサイトの写しも可）
現金（タンス預金など）	自己申告

※通帳の写しについて

- ・被保険者本人と配偶者の通帳の写しが（口座を複数所有している場合は全て）必要です。
- ・申請前に記帳してください。金融機関名・支店・口座番号・口座名義人の確認できるページと、直近2ヶ月分の記帳ページの写しを提出してください（窓口にお越しいただき申請される場合、預金通帳等の原本を持参していただければ、提出に必要な箇所をコピーさせていただきます）。
- ・総合口座通帳の場合は、定期預金口座利用がない場合も、定期預金口座の1ページ目（白紙）の写しを提出してください。

申請書（表）記入例

介護保険被保険者証
（緑色）に記載され
ている10ケタの番号

フリガナ	いずみさの はなこ	被保険者番号	0 0 0 0
被保険者氏名	泉佐野 花子	個人番号	
生年月日	明・大・ 昭 ○○年 ○月 ○日		
住所	〒598-○○○○ 泉佐野市○○町○○番地		
介護保険施設の 所在地及び名称	入所している場合は施設名を記入、 ショートステイの場合は記入不要です		
入所（院）年月日 （※）	年 月 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。	

個人番号通知カード（又は
個人番号カード）に記載さ
れている12ケタの番号
（わからない場合は空白
でも受付します）

どちらかに○

配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」 については、記載不要です。
配偶者に関 する事項	フリガナ	いずみさの たろう
	氏名	泉佐野 太郎
	生年月日	明・大・ 昭 ○○年 ○月 ○日
	住所	〒598-○○○○ 泉佐野市○○町○○番地
	本年1月1日 現在の住所	泉佐野市○○町○○番地
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税	どちらかに○してください （課税の場合は対象外となります）

・該当する箇所に✓を記入してください

収入等に 関する 申告	☐	① 生活保護受給者／② 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者
	☐	③ 市町村民税世帯非課税であって、年金収入等が年額8,000万円以下です
	☒	④ 市町村民税世帯非課税であって、年金収入等が年額8,000万円以上です
	☐	⑤ 市町村民税世帯非課税であって、年金収入等が年額1,000万円以上です
		・遺族年金・障害年金等を受給している 場合は、該当箇所に○してください

※年金収入等・公的年金等収入金額（非課税年金を含む）＋その他の合計所得金額

・該当する場合✓を記入してください

年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む） ・ 障害年金

預貯金等 に関する 申告	☒	預貯金、有価証券等の金額の合計は、次の基準以下です。 ②に該当する方：単身1,000万円（夫婦2,000万円） ③に該当する方：単身650万円（夫婦1,650万円） ④に該当する方：単身550万円（夫婦1,550万円） ⑤に該当する方：単身500万円（夫婦1,500万円）	保有していない場合は、「0」 を記入してください。
預貯金等の額を記入（複数の場合は合算） 4歳以下）の方：単身1,000万円（夫婦2,000万円）			
通帳等の写しは 別添のとおりに	預貯金額	円	有価証券 （評価概算額）
		円	その他（現金・負 債含む）
		円	

本人以外の方が申請する場合のみ記入願います

申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号	事業所名	

申請書（裏）記入例

同意書

泉佐野市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要がある時は、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、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人（被保険者）>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

本人・配偶者ともに
記入してください