様式第23号（第19条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

小浜市長　様

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	オバマ　タロウ 小浜　太郎	被保険者番号	0000012345
		個人番号	1234-5678-9012
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
住　所	〒 917-8585 小浜市大手町6番3号	連絡先	0770-53-1111
入所（院）した介護保険施設所在地及び名称（※）	〒		
入所（院）年月日（※）	年　月　日		

配偶者がおられる場合は記入してください。
別世帯の配偶者、事実婚の方も含みます。

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、記入不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ 氏　名	オバマ　ハナコ 小浜　花子		
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	個人番号	1234-5678-9012
	住　所	〒 917-8585 小浜市大手町6番3号	連絡先	0770-53-1111
	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　課税　・　非課税		

遺族年金または障害年金を受給されている方は、当てはまるものに「〇」を付けてください。

収入、所得に関する申告をお願いします。
いずれかにチェックしてください。

遺族年金または障害年金を受給されている方は、受給している年金に「〇」を付けてください。

	□	①生活保護受給 … 年金受給者
	□	③市町村民税世帯 … 課税年金収入額と … が年額80万円以下です。 … している年金に〇してください） ※　寡婦年金、かん夫年金、母子年金 … 子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。
	☑	④市町村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【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。（受給している年金に〇してください）
	□	⑤市町村民税世帯非課税 … 課税年金収入額と合計所 … 年額120万円を越えます。
預貯金等に関する申告	☑	預貯金、有価証券等の金 … 円）、④の方は550万円（ … ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下 … 方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。

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

・地方公務員共済

・国家公務員共済

預貯金等に関する申告をお願いします。
金額の記入をお願いします。
あわせて最終の残高が分かる部分の通帳（定期預金含む）のコピーを添付してください。

預貯金額	2,000,000　円	有価証券（評価概算額）	50,000　円	その他（現金・負債を含む）	（　現金　）※ 1,000,000円

※内容を記入してください

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　小浜　次郎	連絡先（自宅・勤務先） 0770-53-1111
申請者住所 〒 917-8585　小浜市大手町6番3号	本人との関係 長男

注意事項

（1）　この申請書における「配偶者」

（2）　預貯金等については、同じ種類 … を添付してください。

（3）　書ききれない場合は、全部に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。

申請をされた方の氏名・連絡先・住所・本人との関係を記入してください。
受付時に申請者の本人確認をしますので、本人確認書類（運転免許証、個人番号カード等）をお持ちください

裏面の「同意書」にも記入してください。

※裏面の同意書にも忘れず記入してください。

記入例

同　意　書

小浜市長　様

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、年金保険者または銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私および私の配偶者況および保有する預貯金ならびに有価同意します。

報告することについて、私および私の配ません。

○記入日・住所・氏名は、手書きで記入してください。配偶者がおられる場合は、配偶者欄も記入してください。

○代筆された場合は、代筆者の氏名も記入してください。

○○年　○○月　○○ 日

【本人】

住　所　小浜市大手町6番3号

氏　名　小浜　太郎

【代筆者氏名】　小浜　次郎

【配偶者】

住　所　小浜市大手町6番3号

氏　名　小浜　花子

【代筆者氏名】　小浜　次郎

市　記　入　欄		
交付年月日	年　月　日	
適用年月日	年　月　日	
有 効 期 限	年　月　日	

＜負担限度額認定申請における注意事項＞

★提出していただく書類

ア　申請書

イ　同意書（申請書の裏面）

ウ　預貯金等の資産の額がわかる書類の写し

★確認させていただく書類

ア　本人の介護保険被保険者証（代理権の確認）

イ　申請代理人の本人確認書類(運転免許証、個人番号カード等)

ウ　本人の個人番号カード、通知カード(写し可)（番号確認書類）

通帳等の原本を持参される方はコピーを取らせていただきます。
その場合は申請に時間を要しますので、【通帳(普通預金)写しの例】を参考に、事前に印刷いただくなど円滑な受付業務にご協力ください。

【預貯金等の資産の額がわかる書類とは】

申請日時点での①「銀行名、支店、口座番号、名義」、②「最終の残高」がわかる部分の写しが必要です。

対象となる資産の種類	必要な書類
預貯金（普通・定期）	通帳の写し（2か所）
	①口座名義等の記載ページ（通帳表紙の裏面）
	②口座残高の記載ページ ※普通預金であれば、最終の記帳ページ ※申請日の**直近2か月前**の支出入の分かるもの
有価証券、投資信託	証券会社や銀行、信託銀行の口座名義等と残高の記載箇所の写し
	※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	購入先の銀行の口座名義等と口座残高の記載箇所の写し
	※ウェブサイトの写しも可
現金（いわゆるタンス貯金）	申請書にその額を記入する。

【通帳(普通預金)写しの例】

①口座名義等の記載ページ

通帳の表紙の裏面

小浜　太郎（本人）の通帳の写し

普通預金

おなまえ
オバマ　タロウ　サマ

お届けの～	金額	変更後金額	店番	口座番号
次のとおりです。	円	円 円	999	123456

株式会社　〇〇銀行
口座店　××支店

小浜　花子（妻）の通帳の写し

普通預金

おなまえ
オバマ　ハナコ　サマ

お届けの～	金額	変更後金額	店番	口座番号
次のとおりです。	円	円 円	999	98765

株式会社　〇〇銀行
口座店　××支店

②口座残高の記載ページ

最終の記帳ページ

日　付	お払戻金額	お預り金額	摘要	差引残高	備考
05.12.15			繰越	2,500,000	
05.12.15	ｺｸﾐﾝｺｳｾｲﾈﾝｷﾝ	200,000	年金	2,700,000	
06. 4.15	ｺｸﾐﾝｺｳｾｲﾈﾝｷﾝ	200,000	年金	2,900,000	
06. 6.14	ｺｸﾐﾝｺｳｾｲﾈﾝｷﾝ	200,000	年金	3,100,000	

日　付	お払戻金額	お預り金額	摘要	差引残高	備考
05.12.15			繰越	2,000,000	
05.12.15	ｺｸﾐﾝｺｳｾｲﾈﾝｷﾝ	190,000	年金	2,190,000	
06. 4.15	ｺｸﾐﾝｺｳｾｲﾈﾝｷﾝ	190,000	年金	2,380,000	
06. 6.14	ｺｸﾐﾝｺｳｾｲﾈﾝｷﾝ	190,000	年金	2,570,000	

本人の残高と配偶者の残高の合計を
申請書の「預貯金額」に記入してください。

※預貯金額が基準額を超える方で、負債（借入金・住宅ローンなど）がある方は・・・

預貯金額から負債額を差し引いた結果、基準額以下となる場合は軽減が受けられますので、負債金額を申請書に記載のうえ、負債金額が分かる書類（借用証書などの写し）を提出してください。

介護保険負担限度額認定について

1　対象となる方の要件等について

以下の表のいずれかに該当する方は、対象となる施設もしくはサービスを利用した場合の居住費等、食費がおさえられる「介護保険負担限度額認定証」が発行できます。発行の際は申請いただく必要があります。
【負担限度額認定制度の対象施設】
　介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護医療院、短期入所生活介護（ショートステイ）、地域密着型介護老人福祉施設

利用者負担段階	対象者（以下の全てを満たす人）		
	課税判定	所得判定（合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金収入額の合計）	預貯金等の判定（預貯金等の合計額）
第１段階	・市民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者 ・生活保護の被保護者等	―	1,000万円（夫婦の場合は2,000万円）以下
第２段階	世帯全員（別世帯の配偶者含む）が市民税非課税	合計額が80万円以下の方	650万円（夫婦の場合は1,650万円）以下
第３段階①		合計額が80万円超120万円以下の方	550万円（夫婦の場合は1,550万円）以下
第３段階②		合計額が120万円超の方	500万円（夫婦の場合は1,500万円）以下

※配偶者は別世帯の配偶者・事実婚の方を含む
※65歳未満の人は、所得判定に関係なく、預貯金等の判定は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下

2　負担限度額について

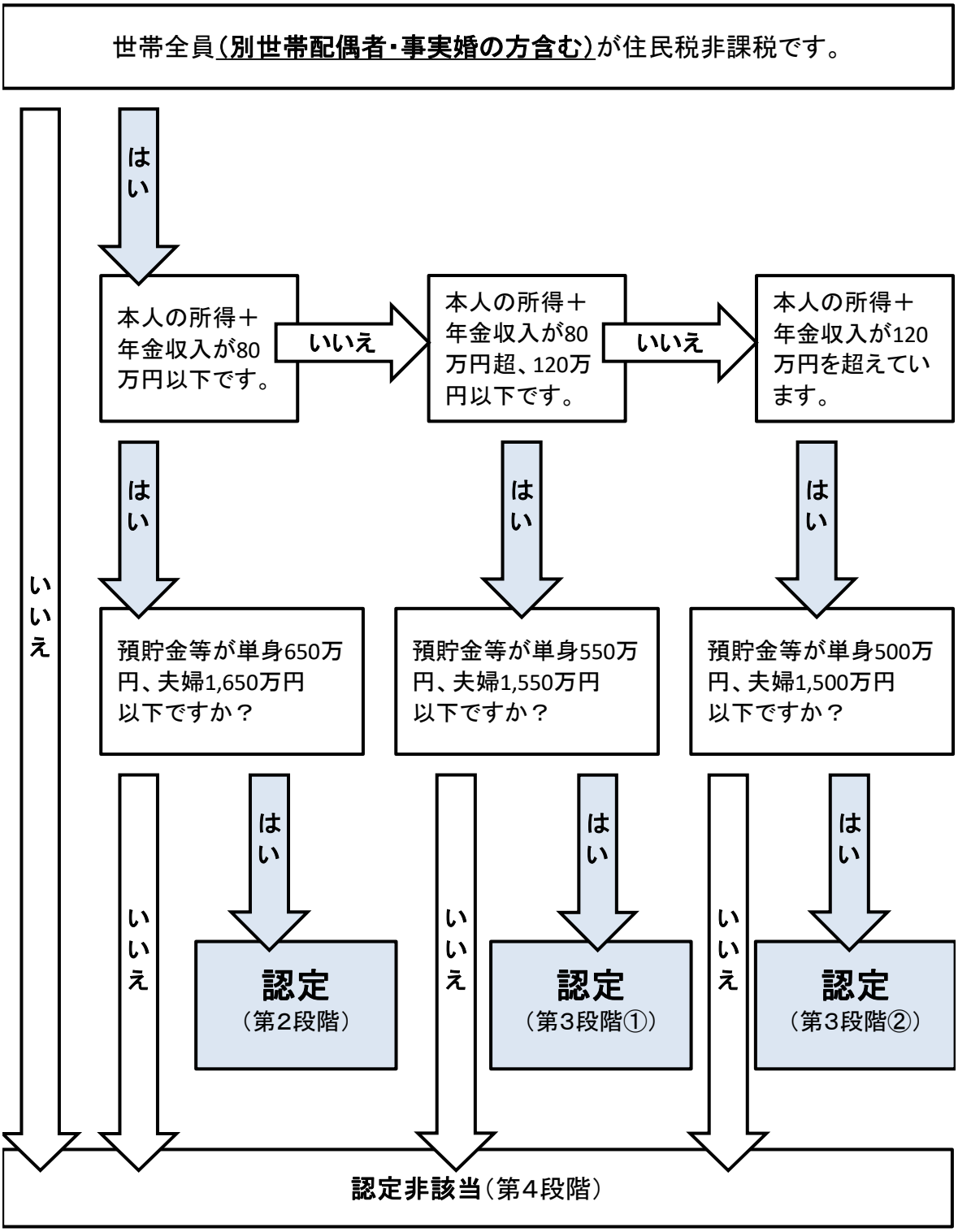
令和6年8月からの居住費、食費の負担限度額は、つぎのとおりです。利用者負担段階に応じて、負担限度額は変わります。

負担限度額（一日あたり）

利用者負担段階	居住費等				食費	
	ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室（※）	多床室	施設サービス	短期入所サービス
第１段階	880円	550円	550円（380円）	0円	300円	300円
第２段階	880円	550円	550円（480円）	430円	390円	600円
第３段階①	1,370円	1,370円	1,370円（880円）	430円	650円	1,000円
第３段階②	1,370円	1,370円	1,370円（880円）	430円	1,360円	1,300円

※介護老人福祉施設と短期入所生活介護を利用した場合の従来型個室の負担限度額は（　　）内の金額になります。

介護保険負担限度額認定に係るフローチャート



※預貯金等：申請日から直近２か月以内の該当者の預金通帳、定期預金や証券等のすべてを合計した金額

※市民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者もしくは生活保護受給者で預貯金等が単身1,000万円、夫婦2,000万円以下の場合は第１段階となります。

※65歳未満の人（第２号被保険者）は所得判定に関係なく、預貯金等の判定は単身1,000万円、夫婦2,000万円以下