

【記入方法】

(□は、チェック(☑)で記入をお願いします。)

①記入日を書いてください。

②施設を利用する人の氏名・生年月日・住所・電話番号をご記入ください（※押印は必要ありません）。

③被保険者番号は、オレンジ色三つ折保険証の番号10ケタをご記入ください。個人番号は、マイナンバー12ケタをご記入ください。

④利用する施設を
名前と住居を
ご記入ください。
未定の場合は、
「施設利用の
予定無し」に
チェック(☑)し
てください。

⑤施設を利用する人の配偶者(夫、妻)の有無をチェック(☑)してください。
「あり」の場合、氏名・生年月日・住所・市町村民税の状況をご記入ください。

**⑥世帯課税状況
および、非課税
年金の受給状況
にチェック
(☒)してください。**

新 規 用		介護保険負担限度額認定申請書																													
		令和 年 月 日																													
(宛先) 今 治 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。 令和 6 年度																															
フリガナ		被保険者氏名		被保険者番号 (10桁)		左詰め																									
				個人番号																											
電話番号				※左詰めハイフンなしで記載				生年月日 (例：01年01月01日) ☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和																							
								年 月 日																							
住所		〒 -																													
☐ 施設入所 ☐ 短期入所（ショートステイ） ☐ 施設利用の予定無し		(申請月の利用の有無) 有 ・ 無 ・ 未定 ()																													
名称		ショートステイ利用の場合又は入所予定が未定の場合は、名称及び所在地欄は記入不要です。																													
所在地		〒 - 電話番号 () -																													
配偶者の有無		☐ あり ☐ なし		※内縁関係の場合も含まれます。(配偶者が「なし」の場合は、以下は記入不要です。)																											
フリガナ		配偶者氏名		(姓) (名)		生年月日 (例：01年01月01日)		☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和																							
						年 月 日																									
市町村民税		☐ 課税 ☐ 非課税		(※課税地が今治市以外の場合、非課税証明書を添付)		個人番号																									
住所		〒 - 電話番号 () -																													
令和6年1月1日時点の住所地		現住所地と同一の場合は、記入不要です。																													
収入の状況		☐ 市町村民税が世帯全員非課税		☐ その他（生活保護受給者等）																											
非課税年金の受給状況		☐ 受給なし ☐ 受給あり																													
預貯金、有価証券等の資産要件 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th colspan="2">区 分</th> <th>預貯金等（単身）</th> <th>預貯金等（夫婦）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第1段階</td> <td>(生活保護受給者、老齢福祉年金受給者で住民税非課税)</td> <td>1,000万円以下</td> <td>2,000万円以下</td> </tr> <tr> <td>第2段階</td> <td>(住民税非課税で年金収入等が80万円以下)</td> <td>650万円以下</td> <td>1,650万円以下</td> </tr> <tr> <td>第3段階①</td> <td>(住民税非課税で年金収入等が80万円超120万円以下)</td> <td>550万円以下</td> <td>1,550万円以下</td> </tr> <tr> <td>第3段階②</td> <td>(住民税非課税で年金収入等が120万円超)</td> <td>500万円以下</td> <td>1,500万円以下</td> </tr> </tbody> </table> ※「預貯金・有価証券現金等の合計金額」及び「負債の合計金額」は合計した金額を1円単位まで記入してください。 通帳が2冊以上ある場合は、内訳を別紙「預貯金等内訳書」に記入してください。												区 分		預貯金等（単身）	預貯金等（夫婦）	第1段階	(生活保護受給者、老齢福祉年金受給者で住民税非課税)	1,000万円以下	2,000万円以下	第2段階	(住民税非課税で年金収入等が80万円以下)	650万円以下	1,650万円以下	第3段階①	(住民税非課税で年金収入等が80万円超120万円以下)	550万円以下	1,550万円以下	第3段階②	(住民税非課税で年金収入等が120万円超)	500万円以下	1,500万円以下
区 分		預貯金等（単身）	預貯金等（夫婦）																												
第1段階	(生活保護受給者、老齢福祉年金受給者で住民税非課税)	1,000万円以下	2,000万円以下																												
第2段階	(住民税非課税で年金収入等が80万円以下)	650万円以下	1,650万円以下																												
第3段階①	(住民税非課税で年金収入等が80万円超120万円以下)	550万円以下	1,550万円以下																												
第3段階②	(住民税非課税で年金収入等が120万円超)	500万円以下	1,500万円以下																												
☐ 預貯金、有価証券、現金等の合計金額 ①		円		☐ 負債の合計金額 ②		円																									
※申請内容について、確認をさせていただくことがありますので、連絡のとれる情報を記入してください。																															
フリガナ		本人との関係		電話番号		※左詰めハイフンなしで記載																									
氏名または事業所の方は事業所名																															
住所		〒 -																													

⑦所有している全ての通帳等の金額の合計を1円単位までご記入ください。配偶者がいる場合、2人の全ての金額の合計をご記入ください（生活保護受給者は記入不要）。負債がある場合は、負債もご記入ください。

⑧記入した人（申請した人）の氏名（または事業所名）、施設を利用する人との関係（夫、妻、長男、長女、ケアマネなど）、住所、連絡のつきやすい電話番号をご記入ください。

※同意書は、本人の同意を得た上で、申請する人が代理で記入しても可

(裏 面)

同 意 書

(宛先) 今治市長

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や取引履歴などについて、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。

⑨

令和 年 月 日

<本人>	住所	
	氏名	
<配偶者>	住所	
	氏名	

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の

⑨記入日を書いてください（オモテ面の記入日と同日）。
<本人>に、施設を利用する人の名前をご記入ください。
配偶者（夫・妻）がいる場合は、<配偶者>欄もご記入ください。

		田 ☐ その他 ()	年 月 日
備考			