

受付印

介護保険負担限度額認定申請書

(新規 ・ 更新)

□新規・更新申請同時受付

山口市長 様

提出日

令和 7年

月

日

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。

ふりがな		被保険者番号															
被保険者氏名		個人番号															
生年月日	明・大・昭	年		月		日											
住所	電話番号																

配偶者の有無	有	無	左記において「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」について、記入は不要です。															
配偶者に関する事項	ふりがな																	
	氏名																	
	生年月日	明・大・昭	年		月		日	個人番号										
	住所	☐ 被保険者と同じ 電話番号																
	本年1月1日現在の住所																現住所と異なる場合のみ ご記入ください。	
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税																	

【注意事項】 別住所に居住している配偶者又は内縁関係の者を含みます。

収入等に関する申告	☐	① 生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者																
	☐	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 ② 【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万9千円以下です。 (受給している年金に〇してください。)																
	☐	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 ③-1【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万9千円超120万円以下です。 (受給している年金に〇してください。)																
	☐	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 ③-2【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。 (受給している年金に〇してください。)																
預貯金等に関する申告 (通帳等の写しは別添のとおりに)	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。 ①の方は単身1,000万円(夫婦2,000万円)以下、②の方は単身650万円(夫婦1,650万円)以下、 ③-1の方は単身550万円(夫婦1,550万円)以下、③-2の方は単身500万円(夫婦1,500万円)以下です。 第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の方は段階にかかわらず単身1,000万円(夫婦2,000万円)以下です。																
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・債務含む)	()	円											

【注意事項】 虚偽の申告により不正に特定入所介護サービス費等の支給を受けた場合は、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額を返還していただくことがあります。

《裏面あり》

以下、山口市記入欄(記入不要)

市 民 税	本人収入状況		利用者負担額区分		資産要件		承認 ・ 不承認
*生活保護 無・有	課税年金収入額	円	☐	①	☐	単身1,000万円以下 (夫婦2,000万円以下)	交付年月日
*老齢福祉年金 無・有	非課税年金収入額	円	☐	②	☐	単身650万円以下 (夫婦1,650万円以下)	令和 7年 月 日
*本人課税 無・有	合計所得金額	円	☐	③-1	☐	単身550万円以下 (夫婦1,550万円以下)	適用年月日
*世帯課税 無・有	介護度	有効期間	☐	③-2	☐	単身500万円以下 (夫婦1,500万円以下)	令和 7年 8月 1日 から
*配偶者課税 無・有		年 月 日から 年 月 日まで	☐	④	☐	基準額超	有効期限 令和 8年 7月 31日 まで

(裏面)

入所(院)されている場合は、以下太枠内を記入してください。

入所施設に関する事項	介護保険施設名	(特別養護老人ホーム ・ 老人保健施設 ・ 介護医療院)	
	所在地	電話番号	
	入所(院)年月日	昭 ・ 平 ・ 令 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、記入は不要です。

同意書

山口市長 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(内縁関係の者も含む。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。

令和 7 年 月 日

<本人> 住所

氏名

(※)

<配偶者> 住所

氏名

(※)

<成年後見人>

成年後見人による申請の場合は、
こちらのみご記入ください。

住所

氏名

(※)

(※)氏名を本人及び配偶者が手書きしない場合は、記名押印してください。

【注意事項】 成年後見人による同意書記入の場合は、成年後見登記に関する登記事項証明書(写)又は家庭裁判所の審判書(写)及び確定証明書(写)の添付が必要です。

提出者が被保険者本人の場合、以下太枠内の記入は不要です。

ふりがな		本人との関係	
提出者氏名			
提出者住所	☐ 被保険者と同じ	日中連絡がつく ご連絡先	

以下、山口市記入欄(記入不要)

本人確認	番号確認(本人)	身元確認(本人／代理人)	代理権確認	通帳コピー確認
	☐ 個力 ☐ 通力 ☐ 住民票(番号有) ☐ 住基礎認 ☐ その他	1点 ☐ 個力 ☐ 免 ☐ 運経 ☐ 旅 ☐ 障手 ☐ 在留 ☐ 住力(写真有) ☐ 社員証(写真有) ☐ その他	☐ 被保険者証 ☐ 健康保険証 ☐ 戸籍等	本配 ☐ ☐ ゆうちょ ☐ ☐ JA ☐ ☐ 山口銀行 ☐ ☐ 萩山口信金 ☐ ☐ 西中国信金 ☐ ☐ その他(通)
	2点 ☐ 保 ☐ 介 ☐ 年金 ☐ 住力(写真無) ☐ 社員証 ☐ その他	☐ 委任状・委任欄 ☐ 身元確認書類(本人) ☐ その他		

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

(新規 ・ 更新)

提出日を記入してください。

□新規・更新申請同時受付

山口市長 様

提出日

令和 7年 7月 5日

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。

ふりがな	やまぐち たろう	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5			
被保険者氏名	山口 太郎	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
生年月日	明・大・ 昭 20年 6月 2日														
住所	山口市亀山町2番1号												電話番号	083-934-2795	

配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」について、記入は不要です。													
配偶者に関する事項	ふりがな	やまぐち はなこ													
	氏名	山口 花子													
	生年月日	明・大・ 昭 20年 4月 2日	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
	住所	☒ 被保険者と同じ 電話番号													
	本年1月1日現在の住所	現住所と異なる場合のみ ご記入ください。													
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税														

【注意事項】 別住所に居住している配偶者又は内縁関係の者を含みます。

収入等に関する申告	☐	①	4つのうちのいずれかに必ずチェックをお願いします。 遺族年金、障害年金受給の場合は、必ず○で囲んでください。									
	☐	②	【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万9千円以下です。 (受給している年金に○してください。)									
	☒	③-1	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80万9千円超120万円以下です。 (受給している年金に○してください。)									
	☐	③-2	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120万円を超えます。 (受給している年金に○してください。)									
預貯金等に関する申告 (通帳等の写しは別添のとおり)	☒	預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。 ①の方は単身1,000万円(夫婦2,000万円)以下、②の方は単身650万円(夫婦1,650万円)以下、 ③-1の方は単身550万円(夫婦1,550万円)以下、③-2の方は単身500万円(夫婦1,500万円)以下です。 第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の方は段階にかかわらず単身1,000万円(夫婦2,000万円)以下です。										
	預貯金額	5,015,246	円	有価証券 (評価概算額)	2,000,450	円	その他 (現金・債務含む)	(現金)	200,000	円		

「預貯金等に関する申告」欄に記入する金額が分かる書類を添付してください。なお、本人及び配偶者のものがが必要です。

は、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、

《裏面あり》

記入不要

入所(院)されている場合は、以下太枠内を記入してください。

入所施設に関する事項	介護保険施設名	(特別養護老人ホーム 老人保健施設 ・ 介護医療院) 〇〇〇園		申請日時点で介護保険施設に入所されている場合、記入が必要です。 ①施設へ今後入所予定の場合、 ②医療機関へ入院中の場合、 ③ショートステイご利用中の場合は、記入の必要はありません。
	所在地	山口市亀山町〇番〇号		
	入所(院)年月日	昭・平 〇 年 〇 月 〇 日	令和 3 年 1 月 5 日	

同意書

山口市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要
等」という。)に私及び配偶者(内縁関係の
いて 報告を求めることに同意します
提出日を記入してください。
等
ん。

令和 7 年 7 月 5 日

<本人> 住所 山口市亀山町2番1号
氏名 山口 太郎 (山) (※)
<配偶者> 住所 山口市亀山町2番1号
氏名 山口 花子 (山) (※)

<成年後見人>

成年後見人による申請の場合は、
こちらのみご記入ください。

住所

氏名

(※)

(※)氏名を本人及び配偶者が手書きしない場合は、記名押印してください。

成年後見人による記入の場
合は、添付書類が必要です。
(下記【注意事項】参照)

【注意事項】 成年後見人による同意書記入の場合は、成年後見登記に関する登記事項証
明書(写)の添付が必要です。

確定

提出者が被保険者本人の場合、以下太枠内の記入は不要です。

ふりがな	やまぐち いちろう	本人との関係	長男
提出者氏名	山口 一郎		
提出者住所	山口市小郡下郷609番地1	日中連絡がつく ご連絡先	090-〇〇〇〇-□□□□

以下、山口市記入欄(記入不要)

記入不要