

介護保険 負担限度額認定申請書

令和
7年度

船橋市長 あて

次のとおり関係書類を添えて、食費および居住費に係る負担限度額の認定を申請します。

被保険者氏名		被保険者番号			
フリガナ		個人番号			
		生年月日		明治・大正・昭和 年 月 日生	
被保険者住所	電話番号 ()				
入所中又は入院中の介護保険施設の所在地及び名称	所在地 電話番号 ()				
	名 称		入所日又は入院日	昭和・平成・令和 年 月 日	
※ショートステイ及び病院は記入不要					
配偶者の有無	有 ・ 無		※「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」は記載不要です。		
	※ 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。				
配偶者に関する事項	フリガナ			生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生
	氏 名			個人番号	
	住 所	電話番号 ()			
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)				
	市町村民税 課税状況	課税 ・ 非課税			

収入等に関する申告 ※該当する全ての項目にチェック	☐ 市町村民税 世帯非課税者	非課税年金の受給 ☐ 遺族年金 ☐ 障害年金	☐ 生活保護の受給 ※生活保護受給の方は 以下の項目は記載不要
------------------------------	--	---	--

預貯金等に関する申告	預貯金等の金額を記入してください			
	預貯金額	本人	円	円
	有価証券 (評価概算額)		円	円
	その他(現金・負債を含む)		円	円

申請者が被保険者本人の場合には、下記についての記載は不要です。

申請者氏名	連絡先 (自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

※ 裏面の同意書の記入漏れに、ご注意ください。(必須)

同意書

船橋市長 あて

介護保険負担限度額の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、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。

年 月 日

< 本人 >

住 所

氏 名

< 配偶者 >

住 所

氏 名

申請事由 (該当する項目に○を付けてください。)

介護保険法施行規則第83条の5第1号	
介護保険法施行規則第83条の5第2号 (境界層)	
介護保険法施行規則第83条の5第3号 (生活保護受給)	
介護保険法施行規則第83条の5第4号 (特例減額措置)	

※ 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) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ、添付してください。
- (4) 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。

市記入欄	受付者	添付書類の数	本人	配偶者
	同日処理	送付先	市民税申告	世帯分離
				転入継続
該当する場合チェック				