

記入例

<表面>

介護保険負担限度額認定

倉敷市長あて

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。

被保険者に関する事項	フリガナ	クラシキ タロウ	被保険者番号	0123456789
	被保険者氏名	倉敷 太郎	個人番号	12012345678
	生年月日	明・大・昭 11年 2月 3日		
	住所	倉敷市西中新田640番地	電話番号	086 123 456
	介護保険施設の名称及び所在地(※)	特別養護老人ホーム〇〇荘 倉敷市西中新田XXX番地	入所(院)日	年 月 日
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	クラシキ ハナコ	個人番号	112233445566
	氏名	倉敷 花子	生年月日	明・大・昭 2年 2月 2日
	住所	倉敷市中央2丁目6番1号	1月1日現在の住所（1月1日の住所が倉敷市以外の場合はのみ記入してください。）	
	課税状況	市町村民税 課税	非課税	
	収入等に関する申告	☒ 生活保護受給者、境界層該当者 ☐ 市町村民税課税額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万9千円以下です。（受給している年金に〇して下さい） ☐ 市町村民税課税額と【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。 ☐ 市町村民税課税額と【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〇して下さい）		
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以下の通りです。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添の通り			
	預貯金額	1,234,567円	有価証券（評価概算額）	55,555円
		その他（現金・負債を含む）	現金 100,000円	

本人署名の場合のみ押印不要です。
本人以外が記入する場合は、本人の押印(※)が必要です。
※押印の代わりに顔写真入り身分証の写しの添付でも可。

不明の場合は記入不要です。

該当するものにチェックを入れてください。

非課税年金の受給がある場合は、受給している年金に〇又はチェックをつけてください。

全ての預貯金の合計額を記入してください。

配偶者がいる場合は二人分の合計額を記入してください。

株、投資信託等がある場合に、時価額を記入してください。

本人の代理で手続きする場合にご記入ください。

<裏面>

同意書

倉敷市長あて

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、職員について、公簿等で課税状況等を調査すること、また、銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という）の課税状況及び保有する預金について、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、同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 7 年 8 月 1 日

<本人>

住所 倉敷市西中新田640番地

氏名 倉敷 太郎

<配偶者>

住所 倉敷市中央2丁目6番1号

氏名 倉敷 花子

裏面の同意書は必ず必要です。
住所・氏名をご記入ください。配偶者がいる場合は、同様にご記入ください。

本人署名の場合のみ押印不要です。
本人以外が記入する場合は、本人の押印(※)が必要です。（配偶者の場合も同様）
※押印の代わりに顔写真入り身分証の写しの添付でも可。