

介護保険負担限度額認定申請書

令和8年 8月 1日

(申請先)

春日部市長 あて

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（市・町・村）に定める負担限度額（市・町・村）を申請します。

介護保険被保険者証の被保険者番号を記入
(医療の資格確認書の番号ではありません)

フリガナ 被保険者氏名	カスカベ タロウ	被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
	春日部 太郎	個人番号										
		生 年 月 日	大 昭 29	年	7	月	1	日				
住 所	春日部 市・区 中央〇-〇-〇	電話番号	048-736-0000									
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	春日部 市・区 粕壁〇-〇 特養・老健・医療院 かすかべ	電話番号	048-000-0000									
入所（院）年月日 （※）	平 令 6 年 1 月 1 日	(※)介護保険施設に入所している場合は、記入不要です。 ショートステイを利用している場合は、記入不要です。										

負担限度額の対象施設に入所している場合に記入
(ショートステイの場合は記入不要)

配偶者の有無	有 ・ 無	配偶者の有無が「無」の場合、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	カスカベ ハナコ										
	氏 名	春日部 花子										
	生 年 月 日	大 昭 35 年 1 月 1 日	個人番号									
	住 所	☒ 被保険者住所と同じ 市・区 電話番号 048-736-0000										
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と 異なる場合)	市・区 電話番号										
課 税 状 況	市町村民税	非課税	課税									

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である者										
	☒	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※ 障害年金】の収入額年額82.65万円以下です。(受給している年金に〇して※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、)										
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※ 障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円を超え、120万円以下です										
該当する欄に チェック	☐	預貯金額＋有価証券＋その他の合計金額が条件を満たすことを確認したらチェック										
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写し は別添	☒	預貯金等、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。										
	預貯金額	4552535円	有価証券 (評価概算額)	256789円	その他 (現金・負債を 含む)	() ※ 円 ※内容を記入してください。						

受給している非課税年金がある場合は、種類に〇
※非課税年金を受給していない場合は〇不要

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

申請者氏名	春日部 花子	連絡先（自宅・勤務先）	048-736-0000
申請者住所 〒344-0067	春日部 市・区 中央〇-〇-〇 町・村	本人との関係	家族・提出代行者・その他 ()

郵送でも提出可能です。

郵送先 〒344-8577 春日部市中央7-2-1
春日部市役所 介護保険課 介護保険担当 宛

預貯金等に関する申告				
種類	口座名義	金融機関及び支店名	預貯金額	
預貯金	本人・配偶者	春日部 銀行 信用金庫 農協 粕壁 支店 本店	800123 円	
	本人・配偶者	かすかべ 銀行 信用金庫 農協 春日部 支店 本店	1500500 円	
	本人・配偶者	春日部 銀行 信用金庫 農協 粕壁 支店 本店	2101234 円	
	本人・配偶者	かすかべ 銀行 信用金庫 農協 春日部 支店 本店	150678 円	
	本人・配偶者	本人と配偶者全ての預貯金（定期預金も含む）について記載する。		円
	本人・配偶者			円
有価証券等	名義	種類	評価概算額	
	本人・配偶者	投資信託	256789 円	
その他 (負債・現金等)	名義	種類	金額	
	本人・配偶者		円	
合計			4809324 円	

(注意事項)

(1) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを記入してください。

(2) 有価証券等の評価概算額は現在売却した場合のおおよその金額を記入してください。

(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上、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項の規定により、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。

○必要書類

預貯金等の要件を確認できる次の書類等を添付してください。

- ・預貯金（普通・定期）・・・通帳の写し（銀行名、支店名、名義及び最終残高（2か月前まで）がわかる部分）
- ・有価証券（株式・国債・投資信託等）・・・証券会社や銀行の取引残高報告書など、評価額がわかる書類の写し
- ・負債（借入金・住宅ローン等）・・・借用書、残高明細書等

同 意 書	
春日部市長 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、官公署、年金保険者、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。）の課税状況及び所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。	
令和8年 8月 1日	
〈本人〉	代筆者氏名【春日部 花子】
住 所 ☒ 申請書表面記載住所と同じ	続柄 夫・妻・子・孫・成年後見人
氏 名 春日部 太郎	子の夫・子の妻・
〈配偶者〉	その他（ ）
住 所 ☒ 申請書表面記載住所と同じ	
氏 名 春日部 花子	