

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)

弘前市長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住

本人が手書きしない場合は

押印 してください

を申請します。

フリガナ 被保険者氏名	ヒロサキ タロウ	被保険者番号	0000000000			
	弘前 太郎	個人番号				
	※自筆でない場合は記名押印が必要	生年月日	昭和 35 年 11 月 11 日			
住 所	弘前市大字上白銀町一丁目1番地					
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	弘前市大字賀田1丁目1番地1 特別養護老人ホーム たか丸			ショートステイ利用の場合は 記入不要		
入所(院)年月日 (※)	R 8 年 8 月 1 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は、記入不要です。				

配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	ヒロサキ サクラコ			
	氏 名	弘前 桜子			
	生年月日	S 35 年 11 月 11 日	個人番号		
	住 所	同上	転居、転入により住所が 異なる場合は記入してください	090-0000-XXXX	
	本年1月1日現在の 住所(現住所 と異なる場合)				
課 税 状 況	市町村民税 <input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税				

収入等に関する 申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者			
	<input checked="" type="checkbox"/>	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、その他の合計所得金額の合計額が 年額82.65万円以下です。 (受給している年金に〇してください) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、准母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ			
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入年額82.65万円以下			
預貯金等に関する 申告 ※通帳等の写し は別添	<input checked="" type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入年額120万円以下			
	<input type="checkbox"/>	⑥市町村民税課税者であって、 課税年金収入年額120万円以下			
預貯金額	1,000,000 円	有価証券 (評価概算額)	0 円	その他 (現金・負債を 含む)	(現金)※ 100,000 円 ※内容を記入してください。

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		連絡先	
申請者住所		本人との関係	

【代理申請者】

ケアマネジャー、施設職員等が申請者となる場合は、
事業所所在地と事業所名、担当者の氏名を記載してください。

注意事項

- この申請書にお
- 預貯金等につい
- 書き切れない場合は、
- 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。

※裏面同意書も必ず記入してください。

同意書

(あて先) 弘前市長

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>

住所 弘前市大字上白銀町一丁目1番地

氏名 弘前 太郎

※自筆でない場合は、記名押印してください。

<配偶者>

住所 同上

氏名 弘前 桜子

※自筆でない場合は、記名押印してください。

本人が手書きしない場合は
押印 してください

弘前市記入欄

負担段階	第 1・2・3①・3② 段階	非該当 (課税世帯・別世帯課税・資産超過)		
生保受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (年 月 日～)	境界層	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 (年 月 日～)	交付年月日 年 月 日
本人	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	課税年金	円	備考
配偶者	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 無	非課税年金	円	
世帯課税	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	合計所得	円	
預貯金等	万円 (以下・超)	収入計 : 82.65以下・82.65～120・120超		
適用年月日	年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 点検	