

令和8年度(2026年8月~2027年7月)
介護保険負担限度額認定申請書

釧路市長 宛

※裏面の注意事項をよく読んでから記入してください。

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。 令和 年 月 日

フリガナ		被保険者番号																		
被保険者名		個人番号(マイナンバー)																		
生年月日	明・大・昭	年	月	日	以前の申請で個人番号記載					有										
住 所	〒										電話番号									

有に○の場合、個人番号の記載は不要です。

○施設利用状況	※□にレ点を記入してください。																		
<input type="checkbox"/> 施設入所(特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護医療院)	<input type="checkbox"/> ショートステイ					<input type="checkbox"/> 未定													
介護保険施設の名称											入所年月日	年	月	日					
介護保険施設の住所(釧路市外の場合のみ)	〒																		

○配偶者に関する申告	※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。																	
配偶者の有無	有・無 (※「無」に○の場合は、以下の記載は不要です。)																	
配偶者の課税状況	【市町村民税】 課税・非課税 (※いずれかに○を付けてください。)																	
フリガナ						生年月日	明・大・昭	年	月	日								
配偶者の氏名											個人番号(マイナンバー)							
配偶者の住所	〒																	
本年1月1日の住所(現住所と異なる場合のみ)	〒																	

○収入等に関する申告	※□にレ点を記入してください。																
<input type="checkbox"/> 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											非課税年金受給状況						
<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、※所得指標金額が82.65万円以下のもの											【遺族年金※ 障害年金】						
<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、所得指標金額が82.65万円超120万円以下のもの											※寡婦年金、かん夫年金、母子年金						
<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、所得指標金額が120万円超のもの											準母子年金、遺児年金含む						

※所得指標金額:年金収入額(非課税年金含む)+その他合計所得金額特別控除後の合計額

○預貯金額等に関する申告	※複数の口座を所有している場合、合計額を記入してください。																
	被保険者本人								配偶者								
預貯金等の有無	有・無								有・無								
預貯金額(定期預金を含む)	円								円								
有価証券・債権等の額	円								円								

※預貯金等の有無が「有」に○の場合、「通帳等の写し」を裏面にのり付けしてください。

○申請書提出代理人	※申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。																
提出代理人氏名											本人との関係						
提出代理人住所	〒										電話番号						

----- 市 記入欄 (※ここからは記入しないでください。) -----																
<input type="checkbox"/> 生活保護受給	<input type="checkbox"/> 82.65万円以下	<input type="checkbox"/> 82.65万円超120万円以下	<input type="checkbox"/> 120万円超	<input type="checkbox"/> 世帯課税												
<input type="checkbox"/> 老福年金受給	その他の合計所得金額特別控除後 + 課税年金収入額 + 非課税年金収入額										<input type="checkbox"/> 別居の配偶者課税					
<input type="checkbox"/> 第1段階	<input type="checkbox"/> 第2段階	<input type="checkbox"/> 第3段階 ①	<input type="checkbox"/> 第3段階 ②	<input type="checkbox"/> 第4段階												
預貯金額基準	適用年月日				有効期限				(居宅)		社福申請 確認者					
<input type="checkbox"/> 単身 (申告額計 円)	<input type="checkbox"/> 夫婦	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	(送付日) /	有・無							
<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当															

※裏面にも記入欄があります。

預金通帳等の添付場所
(のり付けしてください)

同意書

釧路市長 宛

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。(課税状況については、私及び私の属する世帯の世帯員全員について)

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まいります。

【 本人 】

令和 年 月 日

氏名 _____

住所 _____

【 配偶者 】

氏名 _____

住所 _____

申請書についてのお問い合わせ先(提出代理人以外の場合のみご記入ください)

氏名 _____

本人との関係 _____

住所 _____

電話番号 _____

● 注意事項

1 「〇預貯金額等に関する申告」について

複数の口座をお持ちの方は、全ての口座分ご用意ください。また、申請者本人と配偶者の通帳等の写し※を添付してください。
※通帳等の写しについて

- ①通帳の表紙を開いて取扱支店等が記載されているページ
- ②申請日から2ヶ月以内の最終残高が分かるページ
- ③定期預金や有価証券等の金額が確認できるもの

2 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。

3 郵送での申請について

郵送の場合の申請日(受理日)は、原則、申請書が介護高齢課へ到着した日となりますのでご注意ください。

● 認定されるための要件

- 1 本人及び同一世帯の方全員が市民税非課税であること。
- 2 本人の配偶者※が市民税非課税であること。(※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。)
- 3 預貯金等の合計額については、下記表を参照ください。

利用者負担段階		65歳以上(第1号被保険者)		65歳未満(第2号被保険者)	
第2段階	所得指標金額が82.65万円以下	単身	650万円以下	単身	1,000万円以下
		夫婦	1,650万円以下		
第3段階①	所得指標金額が82.65万円超120万円以下	単身	550万円以下	夫婦	2,000万円以下
		夫婦	1,550万円以下		
第3段階②	所得指標金額が120万円超	単身	500万円以下		
		夫婦	1,500万円以下		

-----市 記入欄 (※ここからは記入しないでください。)

個人番号確認	1. 個人番号	2. その他()
本人確認	1. 写真付き身分証明書(免・個・手)()	2. その他証明書等(保・通・年・限・割・社福・民間)()
代理人確認	1. 写真付き身分証明書(免・個・CM)()	2. その他証明書等(保・通)()