

令和7年度(2025年8月~2026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	無													
住所	〒	—																		

○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80.9万円以下のもの												【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80.9万円超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"/> 80.9万円以下	<input type="checkbox"/> 80.9万円超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	課税年金収入額 + その他の合計所得金額特別控除後 + 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"/> 預貯金額基準超
<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 <input type="checkbox"/> 夫婦 (申告額計 円)	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					

「有」に○の場合、個人番号の記載は不要です。

※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80.9万円以下	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80.9万円超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）（