

# 介護保険負担限度額認定申請書の記入例

記入内容に不備があると、再提出をお願いする場合がありますので、記入漏れにご注意ください。  
 なお、収集した個人情報には目的以外に使用することはありません。

裏面あり

## 介護保険負担限度額認定申請書

令和5年5月15日

(申請先) 横浜市 中 区長

食費及び部屋代に係る負担限度額認定のため、以下のとおり申請します。

1

|       |              |          |              |
|-------|--------------|----------|--------------|
| 記入者氏名 | 横浜 一郎        | 被保険者との関係 | 子            |
| 記入者住所 | 横浜市鶴見区〇〇町1-1 | 連絡先      | 045-123-4567 |

※記入者が被保険者本人の場合、上の欄は記載不要です。

1 被保険者について

|                 |   |   |           |
|-----------------|---|---|-----------|
| フリガナ            | ヨコハマ ハナコ                                  | 被保険者番号                                      | 123456789 |
| 氏名              | 横浜 花子                                     |   |           |
| 生年月日            | 昭和10年1月1日                                 |   |           |
| 現住所             | 横浜市中区〇〇町2-2 ヨコハマパーク1001<br>☎:045-111-1111 |   |           |
| 介護保険施設の名称及び所在地※ | 横浜市鶴見区3-2-1特別養護老人ホーム〇〇                    | 個人番号  |           |
| 入所年月日※          | 平成30年1月1日                                 | ※介護保険施設に入所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。 |           |

2

2 配偶者※について (被保険者に配偶者がいる場合のみ記入してください。)

|           |  |        |            |
|-----------|--|--------|------------|
| フリガナ      | ヨコハマ タロウ                                     | 被保険者番号 | 0987654321 |
| 氏名        | 横浜 太郎  | 生年月日   | 大正15年1月1日  |
| 現住所       | 被保険者と同じ ・ その他 ( )                            |        |            |
| 1月1日時点の住所 | 現住所と同じ ・ その他 ( )                             |        |            |
| 連絡先       | ☎: 045-123-4567                              | 個人番号   |            |
| 配偶者の世帯関係  | 横浜市内 (同一世帯) ・ 横浜市内 (別世帯) ・ 横浜市外 (同一世帯または別世帯) |        |            |

※配偶者…配偶者が被保険者と別世帯 (世帯分離している) の場合や、内縁関係の場合も含まれます。

3 被保険者の資産状況等について

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 生活保護等を受給していますか。                     | はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> わからない <input type="radio"/> |
| 昨年、基礎・厚生・共済年金等の遺族年金や障害年金を受給していましたか。 | はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>                             |
| ⇒ (「はい」の場合) 年金保険者への届出住所             | 現住所と同じ ・ その他 ( )  |

|                           |      |                |                  |             |
|---------------------------|------|----------------|------------------|-------------|
| 被保険者及び配偶者の資産の金額を記入してください。 |      | 預貯金※1、信託及び有価証券 | その他※2 (現金・負債を含む) | 合計額         |
|                           | 被保険者 | 1,234,567 円    | 0 円              | 1,234,567 円 |
|                           | 配偶者  | 5,678,901 円    | -543,210 円       | 5,135,691 円 |

※1 預貯金 …口座を複数保有している場合は、そのすべての合計額を記入してください。  
 ※2 その他 …負債額は差し引いて計算し、ゼロを下回る場合はマイナス (-) をつけて記入してください。

|               |    |          |      |
|---------------|----|----------|------|
| 交付年月日         | 備考 |          |      |
| 年 月 日         |    |          |      |
| 有効期間          |    |          |      |
| 年 月 日 ~ 年 月 日 |    |          |      |
| 課長            | 係長 | 係員       | 公印承認 |
|               |    | 決 裁      |      |
|               |    | 年 月 日 起案 | 入力処理 |
|               |    | 年 月 日 決裁 | 受付   |
| ( 個 )         |    |          |      |

4

5

6

7

- 1** 申請書を記入される方の氏名・住所・連絡先を記入してください。  
「被保険者との関係」欄には、被保険者からみた関係を記入してください（成年後見人等の場合についてはその旨を記入してください）。  
なお、ご本人が申請書を記入している場合、この欄は記入不要です。
- 2** 入所先施設の情報を記入してください。  
わからない場合や、ショートステイをご利用の場合は、記入は不要です。
- 3** 被保険者に配偶者がいる場合は、配偶者の情報を記入してください。
- 4** 生活保護の受給状況について、○をしてください。  
わからない場合は、「わからない」に○をしてください。
- 5** 被保険者の令和4年中における基礎年金、厚生年金、共済年金等の遺族年金又は障害年金の受給状況についてあてはまるものに○をしてください。  
わからない場合は、年金保険者にお問い合わせのうえで記入してください。
- 6** 5で「はい」と回答した場合は、「年金保険者への届出住所」を記入してください。  
わからない場合は、年金保険者にお問い合わせのうえで記入してください。
- 7** 被保険者と配偶者（いる場合のみ）の預貯金等の資産額を必ず記入してください（無い場合は0と記入してください）。特に「預貯金、信託及び有価証券」欄は通帳の残高と一致するよう正確に記入してください。  
ただし、被保険者が生活保護等を受給している場合、この欄は記入不要です。

預貯金等の資産額の確認のための提出物については、『介護保険負担限度額認定証』  
についてのお知らせ」の裏面と、「提出物チェックシート」をご確認ください。

ご不明点は横浜市介護保険専用ダイヤルまでお問い合わせください。

※ただし、個別の相談など一部お答えできない内容もあります。

TEL：045-345-6006 FAX：045-841-0111

受付時間：8時～19時（5月11日から7月24日まで開設。土、日も含む）

裏面の「同意書の記入例」についてもご覧ください。）

## 同意書の記入例

「同意書」(申請書の裏面)の同意事項をご確認いただき、ご記入をお願いします。不備があると、再提出をお願いする場合がありますのでご注意ください。

なお、生活保護を受給されている方は、同意書の記入は不要です。

同意書

**8** 中 区長

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（別世帯の場合及び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。

また、貴区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。

**9** 令和5年 5月 15日

<本人>

住 所 横浜市中区〇〇町2-2 ヨコハマパーク1001

氏 名 横浜 花子 **10**

<配偶者>

住 所 横浜市中区〇〇町2-2 ヨコハマパーク1001

氏 名 横浜 太郎 **11**

(注)虚偽の申告等により不正に負担限度額認定証の交付を受け、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、最大2倍の加算金を含め支給された額を返還していただくことがあります。

**8** 申請書(表面)の申請先に印字されている区名を記入してください。

**9** 記入日を記入してください。

**10** 被保険者の住所及び氏名を記入してください。  
(成年後見人等がいる場合は下記★を参照してください)

**11** 被保険者に配偶者がいる場合は、配偶者の住所及び氏名を記入してください。  
(成年後見人等がいる場合は下記★を参照してください)

★ 被保険者または配偶者に成年後見人等がいる場合、**10** 又は **11** には成年後見人等の住所、氏名(例:横浜花子成年後見人〇〇〇)を記入してください。  
また、併せて登記事項証明書のコピーを添付してください。

<参考>負担限度額(日額)

| 段階          | 対象者  | 部屋代         |          | 食費     |        |        |
|-------------|--|-------------|----------|--------|--------|--------|
|             |  |             |          | 施設入所   | 短期入所   |        |
| 第1段階        | ・生活保護等を受給されている方<br>・市民税非課税世帯 <sup>※1</sup> で老齢福祉年金を受給されていて本人の預貯金等 <sup>※2</sup> の合計額が1,000万円(配偶者がいる場合は、夫婦の合計額が2,000万円)以下の方 | 多床室         | 0円       | 300円   | 300円   |        |
|             |  | 従来型個室       | (特養等)    |        |        | 320円   |
|             |  |             | (老健・療養等) |        |        | 490円   |
|             |  | ユニット型個室的多床室 | 490円     |        |        |        |
| ユニット型個室     | 820円   |             |          |        |        |        |
| 第2段階        | 市民税非課税世帯で、「公的年金等収入額と非課税年金収入額とその他の合計所得金額 <sup>※3</sup> 」の合計が年間80万円以下で、本人の預貯金等の合計額が650万円(配偶者がいる場合は、夫婦の合計額が1,650万円)以下の方       | 多床室         | 370円     | 390円   | 600円   |        |
|             |  | 従来型個室       | (特養等)    |        |        | 420円   |
|             |  |             | (老健・療養等) |        |        | 490円   |
|             |  | ユニット型個室的多床室 | 490円     |        |        |        |
| ユニット型個室     | 820円   |             |          |        |        |        |
| 第3段階        | 第3段階①<br>市民税非課税世帯で、「公的年金等収入額と非課税年金収入額とその他の合計所得金額」の合計が年間80万円超の120万円以下で、本人の預貯金等の合計額が550万円(配偶者がいる場合は、夫婦の合計額が1,550万円)以下の方      | 多床室         | 370円     | 650円   | 1,000円 |        |
|             |  | 従来型個室       | (特養等)    |        |        | 820円   |
|             |  |             | (老健・療養等) |        |        | 1,310円 |
|             |  | ユニット型個室的多床室 | 1,310円   |        |        |        |
|             | ユニット型個室  | 1,310円      |          |        |        |        |
|             | 第3段階②<br>市民税非課税世帯で、「公的年金等収入額と非課税年金収入額とその他の合計所得金額」の合計が年間120万円超で、本人の預貯金等の合計額が500万円(配偶者がいる場合は、夫婦の合計額が1,500万円)以下の方             | 多床室         | 370円     | 1,360円 | 1,300円 |        |
|             |  | 従来型個室       | (特養等)    |        |        | 820円   |
|             |  |             | (老健・療養等) |        |        | 1,310円 |
| ユニット型個室的多床室 |  | 1,310円      |          |        |        |        |
| ユニット型個室     | 1,310円   |             |          |        |        |        |

※1 世帯…本人が属する住民基本台帳上の世帯(配偶者が別世帯にいる場合、その配偶者を含みます。)  
 ※2 預貯金等…第2号被保険者は段階に関わらず1,000万円(配偶者がいる場合は2,000万円)以下  
 ※3 その他の合計所得金額  
 …合計所得金額(税法上の合計所得金額から、公的年金等控除額等の見直しによる影響を考慮し、さらに土地や建物の売却に係る短期・長期譲渡所得の特別控除額を差し引いた金額)から公的年金等に係る雑所得(公的年金等収入金額から公的年金等控除額を差し引いた金額)を差し引いた金額(マイナスの場合は、0円として計算します。)