

## 介護保険負担限度額認定申請書

(あて先)宇都宮市長

申請日：令和 年 月 日

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。

|        |                              |                    |               |           |
|--------|------------------------------|--------------------|---------------|-----------|
| 提出者    | 提出者が被保険者本人の場合は、提出者欄は記入不要です。  |                    |               |           |
|        | 氏名カナ                         |                    | 本人との続柄        |           |
|        | 氏名                           |                    | 連絡先           | ( )       |
|        | 住所                           | 〒 ー ( )            |               |           |
| 被保険者   | 氏名カナ                         |                    | 被保険者番号        |           |
|        | 氏名                           |                    | 個人番号          |           |
|        |                              |                    | 生年月日          | 大・昭 年 月 日 |
|        | 現住所                          | 〒 ー ( )            |               |           |
|        | 令和8年1月1日現在の住所                |                    | 宇都宮市 ・ 宇都宮市以外 |           |
|        | 入所(入院)している<br>介護保険施設         | 名称：                |               |           |
| 所在地：   |                              |                    |               |           |
| 入所年月日： |                              | 昭・平・令 年 月 日        |               |           |
| 配偶者    | 配偶者の有無                       | 有 (別世帯、内縁関係含む) ・ 無 |               |           |
|        | 氏名カナ                         |                    | 個人番号          |           |
|        | 氏名                           |                    | 生年月日          | 大・昭 年 月 日 |
|        |                              |                    | 市民税課税状況       | 課税 ・ 非課税  |
|        | 現住所                          | 〒 ー ( )            |               |           |
|        | 令和8年1月1日現在の住所<br>(現住所と異なる場合) |                    | 〒 ー           |           |
| 住民票の世帯 |                              | 同一世帯 ・ 別世帯         |               |           |

|           |                                       |                                               |  |
|-----------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|--|
| 収入等に関する申告 | 非課税年金※受給の有無                           | 有(遺族年金/障害年金) ・ 無                              |  |
|           | 年金収入額<br>(非課税年金含む)<br>+<br>その他の合計所得金額 | ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む                |  |
|           |                                       | <input type="checkbox"/> 生活保護受給者または老齢福祉年金受給者  |  |
|           |                                       | <input type="checkbox"/> ①年額82万6,500円以下       |  |
|           |                                       | <input type="checkbox"/> ②年額82万6,500円超120万円以下 |  |
|           |                                       | <input type="checkbox"/> ③年額120万円超            |  |

預貯金、有価証券に係る通帳等、借用証明書等の写しは別添のとおりです。

|                            |                          |                                                                                                                |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 預貯金等に関する申告<br>(生活保護受給者を除く) | 預貯金額                     | 円                                                                                                              |
|                            | 有価証券(評価概算額)              | 円                                                                                                              |
|                            | 現金                       | 円                                                                                                              |
|                            | 負債                       | 円                                                                                                              |
|                            | <input type="checkbox"/> | 上記の合計が、①は単身で650万円(夫婦は1,650万円)②は単身で550万円(夫婦は1,550万円)、③は単身で500万円(夫婦は1,500万円)、第2号被保険者は単身で1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 |

裏面を記入してください。

|    |  |                        |
|----|--|------------------------|
| 受付 |  | 定期・貯蓄預金の有無<br>確認 済 ・ 未 |
|----|--|------------------------|

送付先は、この申請の決定通知等を現住所以外へ送付を希望する場合のみご記入ください。

|             |                                  |                                                       |
|-------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 送<br>付<br>先 | 被保険者氏名：                          |                                                       |
|             | 上記の者に係る決定通知書等は、次の送付先住所に送付してください。 |                                                       |
|             | 送付先氏名                            | 本人との続柄：                                               |
|             | 送付先住所                            | 〒            ー            ㉿            (            ) |

【注意事項】

- (1) 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、その他の機関に被保険者及び配偶者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等について、照会を行うことがあります。
- (2) 虚偽の申請により不正に認定を受け、特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合は、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給額及び最大2倍の加算金を返還していただく場合があります。

同 意 書

(あて先) 宇都宮市長

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等について、報告を求めることに同意します。

また、宇都宮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            年            月            日

【本人】 住所

氏名

【配偶者】 住所

氏名

宇都宮市記入欄

| 交付年月日       | 備考                                        |         |  |
|-------------|-------------------------------------------|---------|--|
| 年    月    日 | ・ 課税<br><br>・ 非課税<br><br>・ 生保<br><br>・ 老福 | ・ 第1段階  |  |
| 有効開始年月日     |                                           | ・ 第2段階  |  |
| 年    月    日 |                                           | ・ 第3段階1 |  |
| 有効期限        |                                           | ・ 第3段階2 |  |
| 年    月    日 |                                           | ・ 境界層   |  |
|             |                                           | ・ 非該当   |  |

## 介護保険負担限度額認定申請書

(あて先)宇都宮市長

申請日：令和 〇年 〇月 〇日

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。

|                                    |                                       |                                                                       |                           |              |
|------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------|
| 提出者                                | 提出者が被保険者本人の場合は、提出者欄は記入不要です。           |                                                                       |                           |              |
|                                    | 氏名カナ                                  | ウツミヤ ジロウ                                                              | 本人との続柄                    | 子            |
|                                    | 氏名                                    | 宇都宮 次郎                                                                | 連絡先                       | 028(600)0000 |
|                                    | 住所                                    | 〒000-0000<br>宇都宮市〇〇町 〇〇〇〇番地〇〇                                         |                           |              |
| 被保険者                               | 氏名カナ                                  | ウツミヤ タロウ                                                              | 被保険者番号                    | 0123456789   |
|                                    | 氏名                                    | 宇都宮 太郎                                                                | 個人番号                      | 123456789012 |
|                                    |                                       |                                                                       | 生年月日                      | 大 5年 5月 5日   |
|                                    | 現住所                                   | 〒320-0000<br>宇都宮市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号                                        |                           |              |
|                                    | 令和8年1月1日現在の住所                         |                                                                       | マイナンバーを記入<br>不明な場合は未記入でも可 |              |
|                                    | 入所(入院)している<br>介護保険施設                  | 名称： 特別養護老人ホーム〇〇〇〇<br>所在地： 宇都宮市〇〇町 〇〇〇〇番地〇〇<br>入所年月日： 昭・平・令 2年 10月 1日  |                           |              |
| 配偶者                                | 配偶者の有無                                | (有) (別世帯、内縁関係含む) ・ 無                                                  |                           |              |
|                                    | 氏名カナ                                  | ウツミヤ ハナ                                                               | 個人番号                      | 123456789012 |
|                                    | 氏名                                    | 宇都宮 花子                                                                | 生年月日                      | 大・昭 6年 6月 6日 |
|                                    |                                       |                                                                       | 市民税課税状況                   | 課税 ・ 非課税     |
|                                    | 現住所                                   | 〒320-0000 〇 028(600)0000<br>宇都宮市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号                         |                           |              |
|                                    | 令和8年1月1日現在の住所<br>(現住所と異なる場合)          | 〒 -                                                                   |                           |              |
| 住民票の世帯                             | 同一世帯 ・ 別世帯                            |                                                                       |                           |              |
| 収入等に関する申告                          | 非課税年金※受給の有無                           | (有) (遺族年金/障害年金) ・ 無                                                   |                           |              |
|                                    | 年金収入額<br>(非課税年金含む)<br>+<br>その他の合計所得金額 | ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む                                        |                           |              |
|                                    |                                       | <input type="checkbox"/> 生活保護受給者または老齢福祉年金受給者                          |                           |              |
|                                    |                                       | <input checked="" type="checkbox"/> ①年額82万6,500円以下                    |                           |              |
|                                    |                                       | <input type="checkbox"/> ②年額82万6,500円超120万円以下                         |                           |              |
| <input type="checkbox"/> ③年額120万円超 |                                       |                                                                       |                           |              |
| 預貯金等に関する申告<br>(生活保護受給者を除く)         | 預貯金額                                  | 3,032,100 円                                                           |                           |              |
|                                    | 有価証券(評価概算額)                           | 500,000 円                                                             |                           |              |
|                                    | 現金                                    | 10,000 円                                                              |                           |              |
|                                    | 負債                                    | 0 円                                                                   |                           |              |
|                                    | <input checked="" type="checkbox"/>   | 上記の合計が、①は単身で650万円(夫婦は1,650万円)、③は単身で500万円(夫婦は1,500万円)、夫婦は2,000万円)以下です。 |                           |              |
| 受付時、定期預金等の有無をご確認ください。              |                                       |                                                                       |                           |              |

裏面を記入してください。

受付

定期・貯蓄預金の有無  
確認 済 ・ 未

送付先は、この申請の決定通知等を現住所以外へ送付を希望する場合のみご記入ください。

|             |                                  |                                                  |
|-------------|----------------------------------|--------------------------------------------------|
| 送<br>付<br>先 | 被保険者氏名： 宇都宮 太郎                   |                                                  |
|             | 上記の者に係る決定通知書等は、次の送付先住所に送付してください。 |                                                  |
|             | 送付先氏名                            | 宇都宮 次郎 本人との続柄： 子                                 |
|             | 送付先住所                            | 〒000 - 0000 ☎ 028 (600) 0000<br>宇都宮市〇〇町 〇〇〇〇番地〇〇 |

【注意事項】

- (1) 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、その他の機関に被保険者及び配偶者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等について、照会を行うことがあります。
- (2) 虚偽の申請により不正に認定を受け、特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合は、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給額及び最大2倍の加算金を返還していただく場合があります。

同 意 書

(あて先) 宇都宮市長

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等について、報告を求めることに同意します。

また、宇都宮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 〇年 〇月 〇日

日付の記入漏れが多いのでご注意ください。

【本人】 住所 宇都宮市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号

氏名 宇都宮 太郎

【配偶者】 住所 宇都宮市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号

氏名 宇都宮 花子

宇都宮市記入欄

| 交付年月日   |      | 備考           |  |
|---------|------|--------------|--|
| 年 月 日   | ・課税  | ・第1段階        |  |
| 有効開始年月日 | ・非課税 | ・第2段階        |  |
| 年 月 日   |      | ・第3段階1       |  |
| 有効期限    | ・生保  | ・第3段階2       |  |
| 年 月 日   | ・老福  | ・境界層<br>・非該当 |  |