

記入例

年 月 日

南九州市長 様

介護保険負担限度額認定申請書

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。

フリガナ	保険者番号	4	6	2	2	3	4
被保険者氏名	被保険者番号						
	個人番号	個人番号は、空白でも可					
生年月日	年 月 日						
住所	南九州市川辺町平山3234						
	連絡先	090-××●●-◇◇■■ 0993-56-1111					
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	※入所している介護保険施設の名称（特別養護老人ホーム・介護老人保健施設 等） 連絡先						
入所（院）年月日（※）	年 月 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。					

配偶者に関する事項	配偶者の有無	有 ・ 無		左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。			
	フリガナ	個人番号					
	氏名	生年月日		年 月 日			
	住所	令和8年1月1日時点で南九州市に住所がないときは、課税状況を確認するため、前住所地の「令和8年度課税証明書」を提出してください。					
	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	課税	非課税		

※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。

収入・預貯金等に関する事項	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者	対象者が65歳以上の場合 預貯金額（夫婦の場合）	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者	1000万円（2000万円）以下	
	<input type="checkbox"/>	世帯全員が市町村民税非課税	課税収入額	円（1650万円）以下
	<input type="checkbox"/>		課税収入額	円（1550万円）以下
	<input type="checkbox"/>		課税収入額	円（1500万円）以下
預貯金額	（評価概算額） 円（含む）			

預貯金額等は、保有するすべての預貯金や有価証券等額を記入してください。（配偶者「有」の場合は合算額）  
また、申請にはすべての通帳等の写しが必要です。  
（①口座名義人及び口座番号がわかる面、②申請日から遡って2ヵ月分の入出金の状況・定期預金の残高が分かる面）

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	本人との関係	受給している全ての年金の保険者に○をしてください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
申請者住所	TEL	

この申請書を記入する方の氏名等

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、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。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書ききれない場合は、余白に記入又は別紙に記入の上添付してください。
- 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。

裏面あり（同意書）

職・通（ ） / 介支・免・医保（ ） / 介保・医保・委（ ）

第14号様式の2（第25条関係）

年 月 日

南九州市長 様

### 同意書

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、報告を求めることに同意します。

また、南九州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。

〈本人〉 住所  
氏名

〈配偶者〉 住所  
氏名