

# 令和6年度/令和7年度介護保険負担限度額認定申請書

## ■該当条件

○本人世帯及び配偶者が市町村民税非課税 ○預貯金額等の資産の状況が基準額（裏面参照）以下  
※預貯金額等が単身500万円、夫婦1,500万円を超える方は、収入要件によって非該当になる可能性があります。

## ■申請時に必要なもの

①申請書（下記太枠内と裏面「同意書」を記入してください）②本人及び配偶者の預貯金通帳、有価証券の写し等

（申請先） 半田市長 殿

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。

## <申請する期間>

☐ 令和6年度（～令和7年7月31日期限） ☐ 令和7年度（令和7年8月1日～令和8年7月31日期限）

|                     |                                                            |              |         |  |             |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|------------------------------------------------------------|--------------|---------|--|-------------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請日                 | 令和 年 月 日                                                   | 個人番号(マイナンバー) |         |  |             |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ                |                                                            |              | 被保険者番号  |  | 0           | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名              |                                                            |              | 生 年 月 日 |  | 明・大・昭 年 月 日 |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                 | 電話番号（ ） —                                                  |              |         |  |             |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用予定施設の種類の          | ① ショートステイ ② 介護老人福祉施設 ③ 介護老人保健施設<br>④ 介護医療院 ⑤ 地域密着型介護老人福祉施設 |              |         |  |             |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記②～⑤の方<br>入所(院)施設名 |                                                            |              |         |  |             |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |

|           |                            |                       |           |                          |             |
|-----------|----------------------------|-----------------------|-----------|--------------------------|-------------|
| 配偶者に関する事項 | 配偶者の有無                     | 有 ・ 無                 | 世 帯       | 課税状況の申告                  |             |
|           | フリガナ                       |                       | 同世帯 ・ 別世帯 | <input type="checkbox"/> | 市町村民税非課税です。 |
|           | 氏 名                        |                       |           |                          | 生 年 月 日     |
|           | 住 所                        | □被保険者と同じ<br>電話番号（ ） — |           |                          |             |
|           | 本年1月1日現在の住所<br>(現住所と異なる場合) |                       |           |                          |             |

|           |                          |                          |                                                                                                                  |               |          |
|-----------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|
| 収入等に関する申告 | R6年度                     | R7年度                     |                                                                                                                  |               |          |
|           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (1) 生活保護受給者<br>(2) 本人および世帯全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者                                                                |               |          |
|           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (3) 本人世帯及び配偶者が市町村民税非課税であって、<br>被保険者の前年の合計所得金額＋年金収入額が、令和7年度は、年額80万9,000円以下です。<br>(令和6年度は、年額80万円以下です。)             |               |          |
|           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (4) 本人世帯及び配偶者が市町村民税非課税であって、<br>被保険者の前年の合計所得金額＋年金収入額が、令和7年度は、年額80万9,000円超120万円以下<br>です。(令和6年度は、年額80万円超120万円以下です。) |               |          |
|           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (5) 本人世帯及び配偶者が市町村民税非課税であって、<br>被保険者の前年の合計所得金額＋年金収入額が年額120万円を超えます。                                                |               |          |
|           | 本人の非課税年金<br>受給状況         |                          | 該当する項目に○をつけてください。 ※遺族年金、障害年金、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金等<br>1. 受給あり 2. 受給なし                                      |               |          |
|           | 預貯金額                     |                          | 有価証券(評価概算額)                                                                                                      | その他(現金・負債を含む) | 合計(市記入欄) |
| 円         |                          | 円                        | 円<br>(内容: )                                                                                                      | 円             |          |

|       |                                  |            |
|-------|----------------------------------|------------|
| 申請者氏名 | <input type="checkbox"/> 被保険者本人  | 電話番号       |
| 申請者住所 | <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ | 本人との関係(続柄) |

## 市記入欄

・裏面にもご記入いただく箇所があります。注意事項をご確認いただき、ご記入ください。

|                                                                     |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                |     |     |     |     |    |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|----|
| 資格                                                                  | 利用者負担段階                                                                                                                                                      | 備考(通帳後日持参・窓口受取希望等あれば記載)                                                                                                        | 受付者 | 通帳① | 通帳② | 入力  | 確認 |
| 1号 ・ 2号                                                             | 1 2 3-① 3-②<br>課税世帯 ・ 預貯金額超過                                                                                                                                 |                                                                                                                                |     |     |     |     |    |
| 番号確認                                                                | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> オンライン <input type="checkbox"/> その他( ) |                                                                                                                                |     |     |     |     |    |
| 身元確認<br><input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 代理人 | 1点確認<br>(写真付公的書類)                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障がい手帳 <input type="checkbox"/> その他( ) |     |     |     |     |    |
|                                                                     | 2点確認<br>(上記以外の書類)                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他( )                              |     |     |     |     |    |
| 代理人確認<br>(代理人の場合)                                                   | <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記簿謄本等(法定代理人の場合) <input type="checkbox"/> その他( )                                                       |                                                                                                                                |     |     |     | 確認者 |    |

# 同意書

半田市長 殿

令和6年度及び令和7年度分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、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

## 注意事項

「申請書」の記入もれがないか、再度ご確認ください。

### ■配偶者の有無について

「配偶者に関する事項」欄には、同一世帯か別世帯かに関わらず、配偶者がいる場合は、必ずご記入ください。  
※本紙記載の「配偶者」とは、すべて別世帯・事実婚を含みます。

### ■預貯金等の申告について

本人及び配偶者の預貯金等の残高は、表面の「預貯金等に関する申告」欄に全て記入して申告ください。  
また、通帳等の写し、残高等の写しは以下の事項が分かるようコピーしてください。

- ・銀行名・支店・口座名義・口座番号
- ・口座残高（過去2カ月以内のもの）

※本人分及び配偶者分を該当するもの全てご提出いただく必要があります。

### ■不正受給が判明した場合

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。

### ■利用者負担段階別 預貯金等の基準について

| 利用者負担段階 | 所得の状況                                  |                                                                              | 預貯金等の資産の状況                   |
|---------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 第1段階    | 本人<br>住世帯<br>税及<br>非課<br>税配<br>偶者<br>が | 老齢福祉年金を受給している、<br>生活保護を受給している 等                                              | 単身：1,000万円以下<br>夫婦：2,000万円以下 |
| 第2段階    |                                        | 被保険者の前年の合計所得金額＋公的年金収入額が<br>令和7年度は、80万9,000円以下<br>(令和6年度は、80万円以下)             | 単身：650万円以下<br>夫婦：1,650万円以下   |
| 第3段階①   |                                        | 被保険者の前年の合計所得金額＋公的年金収入額が<br>令和7年度は、80万9,000円超120万円以下<br>(令和6年度は、80万円超120万円以下) | 単身：550万円以下<br>夫婦：1,550万円以下   |
| 第3段階②   |                                        | 被保険者の前年の合計所得金額＋公的年金収入額が<br>120万円超                                            | 単身：500万円以下<br>夫婦：1,500万円以下   |

※第2号被保険者（40～64歳）は、利用者負担段階に関わらず預貯金等の資産が単身：1,000万円以下、夫婦：2,000万円以下であれば支給対象となります。

### ■その他

制度のことでご不明な点等ございましたら、高齢介護課（直通：0569-84-0649）までご連絡ください。