

記入例

令和8年度介護保険負担限度額認定申請書

申請先：芦屋市長

申請年月日 令和 8年 8月 1日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額の認定を申請します。

フリガナ	アシヤ タロウ		個人番号											
被保険者氏名	芦屋 太郎		被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	
生年月日	明・大・ <b>昭</b>	20	年	1	月	1	日	電話番号 (0797) 〇〇 - 〇〇〇〇						
住所	〒659-0064 芦屋市精道町7番6号													
申請者	氏名	芦屋 太郎	日中連絡が 取れる連絡先	(090) △△△△ - ××××				続柄	本人					
	住所	☑被保険者の住所と同じ 〒												
申請時施設区分 (□にしをつけて ください。)	☑介護老人福祉施設(特養)		□介護老人保健施設(老健)		□短期入所利用(ショートステイ)		□地域密着型介護老人福祉施設		□介護医療院					
介護保険施設 の所在地及び 名称	〒659-00×× 芦屋市〇〇町〇番〇号 ●●特別養護老人ホーム		※この欄はショートステイの場合には記入不要です。 電話番号 (0797) 〇〇 - 〇〇〇〇											
入所(予定)年月日	令和 8年 4月 1日		※この欄はショートステイの場合には記入不要です。											
配偶者 (内縁関係含)  ※右欄において「無」 の場合は記入不要です	フリガナ	アシヤ ハナコ		個人番号										
	氏名	芦屋 華子		生年月日	明・大・ <b>昭</b>	20		年	2	月	2	日		
	住所	〒 (同居の場合は記入不要) 電話番号 ( ) -												
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒		配偶者課税状況	課税・ <b>非課税</b>									
非課税年金の収入に関する申告 (遺族年金・障害年金) ※該当箇所に〇してください	有・無	有	日本年金機構 地方公務員共済 ・国家公務員共済・私学共済	【遺族年金・ <b>障害年金</b> 】を受給しています										
預貯金等に関する申告 (夫婦合計) ※通帳等の写しを添付してください	預貯金額	5,005,000 円		株式・国債・有価証券等	1,000,000 円		その他(現金・負債を含む)	200,000 円						

同意書

芦屋市長あて

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に私及び配偶者（内縁関係の者を含む）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照会することに同意します。

令和 8年 8月 1日

【本人】

住所 芦屋市精道町7番6号

氏名 芦屋 太郎

【配偶者】

住所 芦屋市精道町7番6号

氏名 芦屋 華子

本人または配偶者に成年後見人等がついている場合

①同意書に、登記事項証明書に記載の成年後見人等の住所・氏名を記入してください。

【氏名記入例】 芦屋太郎 成年後見人 〇〇 〇〇

②登記事項証明書の写しを添付してください。

(保佐人、補助人の場合は代理行為目録も含む)

③成年後見人等の本人確認書類（マイナンバーカード・免許証等の顔写真付き）の写しを添付してください。

- 【注意】 1.この申告書における「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。  
2.年度途中において税更正等を行った場合は、遡って、負担限度額段階を変更する場合があります。  
3.配偶者が、芦屋市以外の市町村に居住している場合は、非課税証明書を添付してください。

ウラ面もご記入ください



