

消せるペンでの記入はしないでください
 修正テープは使用しないでください
 訂正は二重線で取り消し訂正印を押してください

大牟田市市長あて

更新

再申請

令和 8年 6月 15日

次のとおり関係書類（同意書、通帳の写し等）を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。

本人に関する事項	フリガナ	オオムタ タロウ		大牟田市											
	被保険者氏名(本人)	大牟田 太郎		被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	
		個人番号(マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
	生年月日	明・大(昭) 3年 4月 1日													
	住所	〒 836-8666						電話 0944 - 41 - 2683							
		大牟田市有明町〇丁目〇〇番地													
	世帯の課税状況	課税		非課税		生活保護受給の有無		有						無	
	(遺族・障害年金)	遺族年金※を受給	障害年金を受給		受給してない		※受給している全ての年金保険者に、○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								
		年金保険者への届出住所		現住所と同じ・その他の住所 []											
	(本人資産)	現金及び預貯金額	① 567,890 円		有価証券等(評価概算額)	② 12,345 円		その他(負債)	③ 0 円						
※資産については、預貯金、有価証券、負債にかかる通帳等の写しを添付してください。															
施設の利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> 施設入所(特養、老健、医療院など) <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 未定 施設の利用開始年月日：令和 7年 6月 1日から 介護保険施設の名称： 特別養護老人ホーム△△△														

配偶者に関する事項	配偶者の有無(事実婚含む)	有・無		※「有」の場合は以下の「配偶者に関する事項」を記載してください。												
	(事実配偶者含む)	フリガナ	オオムタ ハナコ		生年月日	明・大(昭) 4年 5月 1日										
		配偶者氏名	大牟田 花子		個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	住所	〒 同上 電話 () - () - ()														
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合のみ)	〒														
	(配偶者資産)	現金及び預貯金額	① 456,789 円		有価証券等(評価概算額)	② 0 円		その他(負債)	③ 0 円							
※資産については、預貯金、有価証券、負債にかかる通帳等の写しを添付してください。																

被保険者と住所が同じ場合は同上でOK

注意事項

- 市民税課税世帯の方は対象となりません。
- 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事実上の婚姻関係の者を含みます。
- 預貯金等について、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを申告書に記入し、写しを添付してください。
- 虚偽の申請により不正に特定入居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。

裏面も必ず記入してください

代理権確認	代理人確認	番号確認
本人・代理		

大牟田市記入欄

交付年月日	要介護認定	要介護・要支援・非該当・未	受付
年 月 日	世帯の住民税の課税状況	非課税・課税	
	配偶者の課税状況	非課税・課税	
	生活保護・老齢福祉年金受給の有無	未受給・受給	
適用年月日	生保・65歳未満の人	<input type="checkbox"/> 資産1,000万円(夫婦2,000万円)以下	入力
年 月 日	65歳以上の人(年金収入額+その他の合計所得金額)	<input type="checkbox"/> 年額82.65万円以下 → 資産650万円(夫婦1,650万円)以下	
		<input type="checkbox"/> 年額82.65万円超120万円以下 → 資産550万円(夫婦1,550万円)以下	
		<input type="checkbox"/> 年額120万円超 → 資産500万円(夫婦1,500万円)以下	
有効期限	決定区分	【食費】 300・390・680・1420・非該当	照合
年 月 日	承認	非承認	未(有・無) 履(有・無)

照会同意書

大牟田市長 殿

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（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、照会することに同意します。

また、当該照会について、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 8年 6月 15日

【本人】 〒 836-8666

住所 大牟田市有明町〇丁目〇〇番地

氏名 大牟田 太郎

【配偶者】 〒 836-8666

住所 同 上

氏名 大牟田 花子

(代筆者) 氏名 有明 町子

(本人との関係 施設職員)

照会同意書は必ず手書きしてください。

●申請者が被保険者以外の場合は、届出者の記入を必ずお願いします。

フリガナ	アリアケ マチコ	連絡先 (電話番号)	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 日中に繋がる電話番号を記入してください
届出者	有明 町子	本人との関係	施設職員
住所	大牟田市△△町△丁目△△番地	事業所が 提出する場 合 はその名称	特別養護老人ホーム △△△△

成年後見人が申請される場合は、登記事項証明書、又は裁判所の決定書などの証明出来るものの写しを添付して下さい

申請に必要なもの

- 被保険者の介護保険証原本、または本人確認書類
- 申請に来られる方の本人確認書類
- 本人及び配偶者のマイナンバー確認書類（お持ちの方のみ）
- 本人及び配偶者の預貯金等がわかるものの原本又はコピー（預貯金通帳のコピー等）

本人確認書類＝介護保険証・運転免許証・医療資格確認書・マイナンバーカード等
マイナンバー確認書類＝マイナンバーカード・マイナンバー記載の住民票等

郵送で申請の場合は

「3. のマイナンバー確認書類」以外、すべての写しを添付してください。