

本人
配偶者

介護保険負担限度額認定 預貯金等申告書

別紙1

介護保険負担限度額認定を申請するにあたり、次のとおり通帳等の写しを添付いたします。

本人	フリガナ		被保険者番号																	
	被保険者氏名			生年月日	明・大・昭	年	月	日												
	住所	〒																		
配偶者	フリガナ																			
	氏名																			

○ 預貯金等に関する申告

預貯金等の種類は裏面を御覧ください。

《注意事項》

1 次の点がわかるようにお願いします。

①銀行名・支店名・口座番号・名義人のわかる部分
(※通帳の1ページ目。見開き部分)

②最終の残高がわかる部分(直近の記帳をしてください)

※高齢者の主たる入金の変動要因である年金の振り込み期間も踏まえ、直近2ヶ月の入出金と年金の入金部分は必ず分かるようにしてください

(例) 申請日が令和8年6月1日の場合は、少なくとも令和8年4月1日以降の入出金が分かることが必要です。(偶数付15日前後の年金の入金記録含む)

③コピーを取っていただいている場合は、貼付は不要です。一緒に提出ください。
また、窓口で申請される方で、通帳をお持ちいただける場合は、事務所でコピーを取れますので、コピーは不要です。

2 本人、配偶者がお持ちの全ての通帳で、直近記帳した状態のものがが必要です。

(例) 本人3冊、配偶者2冊通帳をお持ちの場合は、合計5冊必要となります。
(使用の頻度、残額の大小は問いません。)

市記入欄

本人	配偶者	単身・夫婦
----	-----	-------