

第32号様式(省令第83条の6、第97条の4関係)

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) 秦野市長

裏面の注意事項を全て確認し、関係書類を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。

ふりがな			個人番号									
被保険者氏名			被保険者番号									
生年月日	年月日											
住所	連絡先() -											
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称	所在地 施設名 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。									
配偶者の有無	有・無											
世帯	住民登録上		<input type="checkbox"/> 同一世帯			<input type="checkbox"/> 別世帯(市内)			<input type="checkbox"/> 別世帯(市外)			
ふりがな			生年月日						年月日			
配偶者について	氏名											
個人番号						被保険者番号						
住所	連絡先() -											
本年1月1日現在の住所								市町村民税		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税		
収入等に関する申告	市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と遺族・障害年金収入額の合計額が以下のとおりです。 <input type="checkbox"/> 年額120万円を超えます。 <input type="checkbox"/> 年額80.9万円を超え、120万円以下です。 <input type="checkbox"/> 年額80.9万円以下です。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者です。											
遺族年金・障害年金に関する申告	<input type="checkbox"/> 令和6年中に <u>遺族年金(寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金)</u> を受給しました。 <input type="checkbox"/> 令和6年中に障害年金を受給しました。											
預貯金等に関する申告	A預貯金額 円			B有価証券(評価概算額) 円			Cその他 円					

(申請者が被保険者御本人の場合は記入不要です。)

申請者住所	連絡先（自宅・勤務先）
申請者氏名	被保険者本人との関係

裏面へ続く

市記入欄 <手続き方法: 窓口 郵送 (/ 収受) ぴったりサービス>

丁	課長	課長代理	担当・確認	受付	段階			
					<input type="checkbox"/> 4	適用	・	・
					<input type="checkbox"/> 3②	認定証	・	・
					<input type="checkbox"/> 3①	起案	・	・
					<input type="checkbox"/> 2	決裁	・	・
					<input type="checkbox"/> 1	交付	・	・

配偶者非課稅確認 預貯金等合計金額確認 同意書(同意日含)確認 要介護認定申請狀況確認

※注意事項

- (1) 預貯金等について、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。
- (2) この申請書における配偶者は、別世帯の配偶者及び内縁関係の者（事実婚）を含みます。
- (3) 虚偽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、加算金を含め、支給された額を返還していただくことがあります。
- (4) 審査を経て認定された方が、年度内に世帯状況の変更（被保険者御本人の結婚等）があった場合は、速やかに本市に連絡してください。
- (5) 適用開始日は、申請日（申請書類が提出された日）が属する月の初日となります。

同意書

(宛先) 秦野市長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、国又は他の地方公共団体、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、照会に対し、銀行等が回答することについて、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。

年　　月　　日

<被保険者本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

Hadano — 国民健康保険異動届出書 — National Health Insurance Application

Deadline: Must be submitted within 14 days of the qualifying event (losing employer insurance, moving in, birth, etc.) | Cost: Free | Penalty: Late enrollment means you still owe premiums from the eligibility date, and medical costs incurred during the gap are not covered.

WHAT TO BRING

>> Enrolling after leaving employer insurance

- | | |
|---|-------------|
| * Certificate of Health Insurance Loss (from former employer) | 健康保険資格喪失証明書 |
| * Residence Card | 在留カード |
| * My Number Card (or My Number notification) | マイナンバーカード |
| Bank passbook & registered seal (for auto-debit setup) | 通帳・届出印 |

>> Enrolling after moving to a new ward

- | | |
|--|-----------|
| * Residence Card | 在留カード |
| * My Number Card | マイナンバーカード |
| Moving-Out Certificate (from previous ward) (If also doing residence registration) | 転出証明書 |

>> Leaving NHI (got employer insurance)

- | | |
|---|-------------|
| * New health insurance card (from employer) | 新しい健康保険証 |
| * NHI qualification confirmation document | 国民健康保険資格確認書 |
| * My Number Card | マイナンバーカード |

COMMON MISTAKES

X Not enrolling within 14 days

-> You owe premiums retroactively from the eligibility date, but medical expenses during the gap are not covered.

X Forgetting to disenroll from NHI after getting employer insurance

-> You will be double-billed for premiums. NHI does not automatically cancel.

X Not bringing the Certificate of Health Insurance Loss

-> The ward office cannot process your enrollment. Ask your former employer to issue this document.

AFTER YOU SUBMIT

1. You receive a qualification confirmation document (資格確認書) — keep this as proof of insurance
2. Monthly premium notices arrive by mail. Pay at convenience stores, banks, or set up auto-debit
3. Dependents can be enrolled on the same form — list all household members
4. Premiums are calculated based on your previous year's income

セクション 1 — Section 1 (Part 1/2)

① 第32号様式(省令第83条の6、第97条の4関係)

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) 秦野市長

裏面の注意事項を全て確認し、関係書類を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。

ふりがな	個人番号								
被保険者氏名	被保険者番号								
生年月日	年 月 日								
住所			連絡先() -						
⑨・入所(院)した ⑩・介護保険施設の ⑪・所在地及び名称	所在地		連絡先() -						
⑫・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。							
配偶者の有無	有	無							
世帯	住民登録上	<input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯(市内) <input type="checkbox"/> 別世帯(市外)							

1 第32号様式(省令第83条の6、第97条の4関係) [第32号様式(省令第83条の6、第97条の4関係)]

2 介護保険負担限度額認定申請書 Long-term Care Insurance

Insurance for elderly care services. Mandatory for residents 40+. Premiums deducted with health insurance.

3 年月日 [年月日]

4 個人番号 My Number (Individual Number)

12-digit number. Leave blank on first registration — it will be mailed to you after.

5 被保険者番号 Insured Person Number

Enter your health insurance member number found on your insurance card (国民健康保険証 or employee insurance card)

6 年月日 [年月日]

7 住所 Address

Write your complete residential address including postal code, prefecture, city, and building details

8 連絡先() - [連絡先() -]

9 入所(院)した所在地 [入所(院)した所在地]

10 所在地及び名称 施設名 連絡先() - [所在地及び名称 施設名 連絡先() -]

11 入所(院) [入所(院)]

12 ※ 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 Long-term Care Insurance

Insurance for elderly care services. Mandatory for residents 40+. Premiums deducted with health insurance.

13 年月日 [年月日]

14 有・無 [有・無]

15 住民登録上 [住民登録上]



Form p.1

セクション 1 — Section 1 (Part 2/2)

世帯	住民登録上	<input checked="" type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯(市内) <input type="checkbox"/> 別世帯(市外)
ふりがな 配番		生年月日 1
氏名 4		年月日 2

1 同一世帯 别世帯(市内) 别世帯(市外) [同一世帯 别世帯(市内) 别世帯(市外)]

2 年月日 [年月日]

3 生年月日 Date of birth

Format: 年(year) 月(month) 日(day). Use Japanese calendar (令和/平成) or Western year.

4 氏名 Full name

Write your full legal name as it appears on your residence card or passport



Form p.1

セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

配偶者について	ふりがな 氏名	② 生年月日	③ 年月日
	個人番号	被保険者番号	
	④ 住所	連絡先 () -	
	⑤ 本年1月1日現在の住所	市町村民税 ⑥ □課税 ⑦ 市町村民税 ⑧ □非課税	
	⑨ 収入等に関する申告	市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と遺族・障害年金収入額の合計額が以下のとおりです。 <input type="checkbox"/> 年額120万円を超えます。 <input type="checkbox"/> 年額80.9万円を超え、120万円以下です。 <input type="checkbox"/> 年額80.9万円以下です。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者です。	
	⑩ 遺族年金・障害年金に関する申告	⑪ 令和6年中に遺族年金（寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金）を受給しました。 <input type="checkbox"/> 令和6年中に障害年金を受給しました。	

1 年月日 [年月日]

2 生年月日 Date of birth

Format: 年(year) 月(month) 日(day). Use Japanese calendar (令和/平成) or Western year.

3 氏名 Full name

Write your full legal name as it appears on your residence card or passport

4 被保険者 [被保険者]

5 住所 Address

Write your complete residential address including postal code, prefecture, city, and building details

6 連絡先 () - [連絡先 () -]

7 本年1月1日 [本年1月1日]

8 市町村民税 [市町村民税]

9 □非課税 [□非課税]

10 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と遺族年金を受給しました。 Pension

Select your pension type (National Pension, Employee Pension, etc.)

11 関する申告 □年額80.9万円を超え、120万円以下です。 / To do/perform

This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling

12 □年額80.9万円以下です。

13 遺族年金・□令和6年中に遺族年金（寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金）を受給しました。 Pension

Select your pension type (National Pension, Employee Pension, etc.)

14 金、遺児年金)を受給しました。 Pension

Select your pension type (National Pension, Employee Pension, etc.)

15 関する申告 □令和6年中に障害年金を受給しました。 Pension / To do/perform

Select your pension type (National Pension, Employee Pension, etc.) This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling



セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

1 預貯金等に A 預貯金額	2 B 有価証券(評価概算額)	C その他
----------------	-----------------	-------

1 預貯金等に A 預貯金額 [預貯金等に A 預貯金額]

2 B 有価証券(評価概算額) C その他 Other

Use this section for any additional information not covered in other fields



Form p.1

セクション3 — Section 3

1 預貯金等に 関する申告	A 預貯金額 円	B 有価証券(評価概算額) 円	C その他 円
3 (申請者が被保険者御本人の場合は記入不要です。)			
5 申請者住所		4 連絡先(自宅・勤務先)	
6 申請者氏名		7 被保険者本人との関係	
9 市記入欄 <手続き方法: <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 (/ 収受) <input type="checkbox"/> ぴったりサービス>			
丁	11 課長	10 課長代理	12 担当・確認 <input type="checkbox"/> 4 適用 . . <input type="checkbox"/> 3 ② 認定証 . . <input type="checkbox"/> 3 ① 起案 . . <input type="checkbox"/> 9 決裁 . .

1 預貯金等に A 預貯金額 [預貯金等に A 預貯金額]**2** B 有価証券(評価概算額) C その他 Other

Use this section for any additional information not covered in other fields

3 (申請者が被保険者御本人の場合は記入不要です。)**4** 連絡先(自宅・勤務先) Place of employment / Employer / Home address

Company name and address. Some forms also ask for 勤務先電話番号 (employer phone number). Enter your residential address where you actually live

5 申請者住所 Address

Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.

6 申請者氏名 Full name

Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.

7 被保険者本人との関係 [被保険者本人との関係]**8** 裏面へ続く [裏面へ続く]**9** 市記入欄 <手続き方法: 窓口 郵送 (/ 収受) ぴったりサービス>[市記入欄 <手続き方法: 窓口 郵送 (/ 収受) ぴったりサービス>]**10** 課長代理 担当・確認 受付 段階 [課長代理 担当・確認 受付 段階]**11** 課長 [課長]**12** 適用 . . [適用 . .]**13** 3 ② 認定証 . . [3 ② 認定証 . .]**14** 決裁 . . [決裁 . .]

セクション 4 — Section 4

					<input type="checkbox"/> ① 起案		
2					<input type="checkbox"/> ② 決裁	・	・
1					<input type="checkbox"/> ③ 交付	・	・

配偶者非課税確認 預貯金等合計金額確認 同意書(同意日含)確認 要介護認定申請状況確認
 配偶者非課税確認 預貯金等合計金額確認 同意書(同意日含)確認 要介護認定申請状況確認

1 決裁 〔決裁 〕

2 [□配偶者非課税確認 □預貯金等合計金額確認 □同意書(同意日含)確認 □要介護認定申請状況確認
[□配偶者非課税確認 □預貯金等合計金額確認 □同意書(同意日含)確認 □要介護認定申請状況確認]

セクション 1 — Section 1 (Part 1/2)

- ① **※注意事項**
- ② (1) 預貯金等について、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。
 - ③ (2) この申請書における配偶者は、別世帯の配偶者及び内縁関係の者（事実婚）を含みます。
 - ④ (3) 虚偽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、加算金を含め、支給された額を返還していただくことがあります。
 - ⑤ (4) 審査を経て認定された方が、年度内に世帯状況の変更（被保険者御本人の結婚等）があった場合は、速やかに本市に連絡してください。
 - ⑥ (5) 適用開始日は、申請日（申請書類が提出された日）が属する月の初日となります。

同意書

(宛先) 泰野市長

- ⑦ 介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、国又は他の地方公共団体、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。
- ⑧ また、照会に対し、銀行等が回答することについて、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。

※注意事項 [※注意事項]

- 1** (1) 預貯金等について、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 Passbook / bankbook

Physical booklet that records transactions. Some banks now offer passbook-free (通帳なし) digital-only accounts.

- 2** (2) この申請書における配偶者は、別世帯の配偶者及び内縁関係の者（事実婚）を含みます。

- 3** (3) 虚偽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 Long-term Care Insurance

Insurance for elderly care services. Mandatory for residents 40+. Premiums deducted with health insurance.

- 4** 第1項の規定に基づき、加算金を含め、支給された額を返還していただくことがあります。 Yes/There is / . This indicates affirmative response - check if applicable to your situation

- 5** (4) 審査を経て認定された方が、年度内に世帯状況の変更（被保険者御本人の結婚等）があった場合は、 Change Check this box if you are making changes to existing information

- 6** 速やかに本市に連絡してください。 [速やかに本市に連絡してください。]

- 7** (5) 適用開始日は、申請日（申請書類が提出された日）が属する月の初日となります。 / To do/perform This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling

同意書 [同意書]

- 8** 介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、国又は他の地方公共団体、年金 Long-term Care Insurance / Pension Insurance for elderly care services. Mandatory for residents 40+. Premiums deducted with health insurance. Select your pension type (National Pension, Employee Pension, etc.)

- 9** 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 Other Use this section for any additional information not covered in other fields

- 10** 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 To do/perform This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling

- 11** します。

- 12** また、照会に対し、銀行等が回答することについて、私及び私の配偶者が同意している To do/perform This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling



セクション 1 — Section 1 (Part 1/2) (continued)

- ① ※注意事項
- ② (1) 預貯金等について、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。
- ③ (2) この申請書における配偶者は、別世帯の配偶者及び内縁関係の者（事実婚）を含みます。
- ④ (3) 虚偽申告により不正に特定団体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、加算金を含め、支給された額を返還していただくことがあります。
- ⑤ (4) 審査を経て認定された方が、年度内に世帯状況の変更（被保険者御本人の結婚等）があった場合は、
速やかに本市に連絡してください。
- ⑥ (5) 適用開始日は、申請日（申請書類が提出された日）が属する月の初日となります。

⑦ 同 意 書

(宛先) 泰野市長

- ⑧ 介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、国又は他の地方公共団体、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
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。
- ⑨ また、照会に対し、銀行等が回答することについて、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。

る旨を銀行等に伝えて構いません。 [る旨を銀行等に伝えて構いません。]

15

セクション 1 — Section 1 (Part 2/2)

①	年	月	日	
②	<被保険者本人>			
③	住所			

1 年 月 日 [年 月 日]

2 <被保険者本人> [<被保険者本人>]

3 住所 Address

Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.



セクション 2 — Section 2

	<p>1 氏名 <配偶者> 2 住所 3 氏名</p>	
--	---	--

1 氏名 Full name

Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.

2 住所 Address

Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.

3 氏名 Full name

Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.



COUNTER PHRASES

Point and show these to ward office staff

FINDING THE COUNTER

すみません、国民健康保険の窓口はどこですか？

Sumimasen, kokumin kenkō hoken no madoguchi wa doko desu ka?

Excuse me, where is the National Health Insurance counter?

ENROLLING

国民健康保険に加入したいのですが

Kokumin kenkō hoken ni kanyū shitai no desu ga

I would like to enroll in National Health Insurance

CANCELLING

国民健康保険をやめたいのですが

Kokumin kenkō hoken wo yametai no desu ga

I would like to cancel my National Health Insurance

SHOWING PROOF

資格喪失証明書を持っています

Shikaku sōshitsu shōmeisho wo motteimasu

I have my Certificate of Health Insurance Loss

ASKING ABOUT PREMIUMS

保険料はいくらですか

Hokenryō wa ikura desu ka?

How much is the insurance premium?

LEFT PREVIOUS JOB

会社を辞めたので、国保に切り替えたいです

Kaisha wo yameta node, kokuhō ni kirikae tai desu

I left my company and want to switch to National Health Insurance