

介護保険負担限度額認定申請書

様式1

記入例

申請年月日 令和 7 年 7 月 20 日

吹田市長 宛
次のとおり関係書

申請年月日を記入してください。

に係る負担限度額認定を申請します。

ふりがな	すいた たろう	被保険者番号	0009999999
被保険者氏名	吹	個人番号	123456789012
住所	吹田市泉町	電話	明治・大正・昭和
介護保険施設の名称※	特別養護老人ホーム すいた		
入所(院)日※	令和 7 年 7 月		

介護保険被保険者証(緑色)の番号を記入してください。

個人番号(マイナンバー)がわからない場合、空欄でも申請していただけます。

・同一世帯でない配偶者
・婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある方(内縁関係)は「有」になります。

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記入不要です。(配偶者には、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。)	
配偶者に関する事項	ふりがな	すいた はなこ	生年月日	明治・大正 昭和 22 年 2 月 2 日
	氏名	吹田 花子		
	住所	(被保険者本人と別住所の場合のみ記入してください。)		配偶者の課税状況について、どちらかに○をつけてください。課税の場合は制度の対象外です。
	本年1月1日現在の住所	(現住所と異なる場合は記入してください。)		
	課税状況	市町村民税 課税	<input type="radio"/> 非課税	

収入等に関する申告	非課税年金を <input checked="" type="checkbox"/> 受給しています (遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input checked="" type="checkbox"/> (受給している年金に○して下さい) <input type="checkbox"/> 受給していません			
	所得要件と資産要件			
	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/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で 預貯金額は1,000万円(2,000万円)以下です【()内は夫婦の場合】		
	<input type="checkbox"/>	本人の課税年金収入額と非課税年金収入額およびその他の合計所得金額の合計が年間 80.9万円以下で預貯金等の額は650万円(1,650万円)以下です【()内は夫婦の場合】		
	<input checked="" type="checkbox"/>	本人の課税年金収入額と非課税年金収入額およびその他の合計所得金額の合計が年間 80.9万円超120万円以下で預貯金等の額は650万円(1,550万円)以下です【()内は夫婦の場合】		
	配偶者の方の分も合わせて計算してください。			
	預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円
			その他(現金・負債を含む。)	(内容) 円

注意事項

● 申請前に再度ご確認ください。

- 裏面についても記入はしましたか?
- 通帳等の写しは添付しましたか?
- 配偶者(有)の方は、配偶者名義の通帳等の写しも添付しましたか?

◆ 通帳等の写しについて(必須)

通帳の表紙の裏面(口座番号・名義等が記載されているページ)と年金振込記録が分かるページ、最終の記帳ページを添付してください。

※裏面もご記入ください。