

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 令和元年5月8日

吹田市長 宛

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞

申請年月日を記入してください。

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	000999999
被保険者氏名	吹田 太郎	個人番号	123456789012
		性別	男
住所	吹田市泉町1-1-1	電話番号	06-6384-1231
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※	平成31年		

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。

介護保険被保険者証(緑色)の番号を記入してください。

・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	配偶者の有無は、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。)		
	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 checked="" type="radio"/> 非課税	

配偶者の課税状況について、どちらかに○

配偶者の方の分も合わせて計算してください。

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・障害年金) (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/市町村民税世帯非課税である高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 checked="" type="checkbox"/> 課税年金収入額と非課税年金収入額および合計所得金額の合計が年間80万円以下で 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 type="checkbox"/> 課税年金収入額と非課税年金収入額および合計所得金額の合計が年間80万円超～ 1,550万円以下です【()内は夫婦の場合】					
<input type="checkbox"/> 課税年金収入額と非課税年金収入額および合計所得金額の合計が年間120万円を超え 下です【()内は夫婦の場合】					
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
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。