

記入例

※太枠の部分を記入してください（押印不要）

介護保険負担限度額認定申請書

令和 7 年 6 月 1 6 日

日付

三 木 市 長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ	ミキ カイゴ	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
被保険者氏名	三木 介護	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 8 7 6
生 年 月 日	大・ 昭 1 6 年 1 月 1 日生	電話番号	0794 - 82 - 2000
被保険者住所	三木市上の丸町 1 0 番 3 0 号		
申請時の状況	① 施設入所 2. ショートステイ利用 3. その他(入院中・())		
入所した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	電話番号 078 - 123 - 4567		「施設に入所していない方」「ショートステイの方」は、記入不要です。
入所年月日(※)	平成・令和 3 0 年 5 月 3 0 日		

本人

※「個人番号」はマイナンバーを記入(わからない時は記入不要)

配偶者の有無	有 ・ 無	←「世帯分離をしている配偶者」や「内縁関係」を含みます。	
配偶者に関する事項	フリガナ	ミキ ホケン	個人番号
	氏 名	三木 保険	生年月日
	住 所	三木市上の丸町 1 0 番 3 0 号	
	R5年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)		
課 税 状 況	市町村民税 課 税 ・ 非課税		

配偶者

※無の場合は空白
※世帯分離、内縁関係を含む
※「個人番号」はマイナンバーを記入(わからない時は記入不要)

収入等に関する 申告 (該当する区分に☑)	☐	① 生活保護受給者	①なし
	☐	③ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額80.9万円以下 です。(受給している年金に○してください) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。	③ 単身 650万円 (夫婦1,650万円)以下
	☐	④ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額80.9万円を超え、120万円以下 です。(受給している年金に○してください)	④ 単身 550万円 (夫婦1,550万円)以下
	☒	⑤ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額120万円を超え ます。(受給している年金に○してください)	⑤ 単身 500万円 (夫婦1,500万円)以下
預貯金等に関する 申告 ※通帳等の写しは別添 (該当する場合は☑を 入れ、金額を記入)	☒	預貯金、有価証券等の金額の合計が上記「預貯金等の基準額」以下です。 (ただし、64歳以下の③～⑤の基準額は1,000万円(夫婦2,000万円)以下)	
		預貯金額(定期含む)	有価証券(評価概算額)
		4, 3 4 5, 6 1 2 円	2 0 0, 0 0 0 円
		その他(現金・負債を含む)	現金 ☒ 預金、負債、(※) 1 0 0, 0 0 0 円

該当の欄に☑

※遺族年金、障害年金がある方は○を入れてください。

預貯金等

※通帳のコピーも提出してください
※記入する額は表面をご覧ください。

「本人」と「配偶者」のすべての預(貯)金口座の残高合計を記入してください
【定期預金も含みます】

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	三木 さつき	連絡先 (電話番号)	0794-**-****
申請者住所	三木市〇〇〇丁目△△番地	被保険者との続柄	「子」「夫」「妻」など

申請者

※家族や成年後見人等(要添付「登記証明写し」等)が申請する場合に記入

※申請書裏面の「同意書」も、忘れずご記入ください。