

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

裏面もご確認ください。

令和 年 月 日

(宛先) 松山市長

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	マツヤマ タロウ	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	8	9
被保険者氏名	松山 太郎									

介護保険施設に入所（院）している場合に記入してください。ショートステイの利用の場合は記入不要です。

年度をご確認ください。

6 年度 … 令和 6 年8月1日～令和 7 年7月31日

7 年度からは様式を変更しています。

入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	松山市△△町△丁目△番地△ 特別養護老人ホーム△△荘	電話番号	9××-××××
入所（院）年月日（※）	昭 平・令 ○○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「有」の場合に記入してください。（同じ世帯の場合も記入してください。）

有

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。

配偶者フリガナ	マツヤマ ハナコ	個人番号	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6
配偶者氏名	松山 花子	生年月日	明・大	昭 平	○○年△△月□□日									
住所	□被保険者と同じ 松山市□□町□丁目□番地□													
電話番号	9××-×××× □被保険者と同じ													

遺族年金・障害年金の受給状況について当てはまるものに○をしてください。

市町村民税

課税

非課税

非課税年金受給

有

無

「有」の場合は、以下の「年金の種類」・「年金保険者」について、当てはまるもの全てに○をしてください。

年金の種類

遺族年金・障害年金

年金保険者

日本年金機構・国家公務員共済・地方公務員共済・私立学共済

夫婦の場合、合計の金額を記入してください。

裏面

別表のいずれかの利用者負担段階に該当します。

※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりに添付してください。

裏面（別表）をご確認ください。

預貯金額	1,210,505 円	有価証券（評価概算額）	501,102 円	その他（現金・負債を含む）	現金 1,000,000 円
------	-------------	-------------	-----------	---------------	----------------

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

提出者氏名	愛媛 一郎	連絡先（自宅・勤務先・携帯）	090-××××-××××
提出者住所（事業所が提出する場合、事業所名及び所在地）	松山市△△町△丁目△番地△ 特別養護老人ホーム△△荘	本人との関係	

被保険者本人以外が申請書を提出する場合、必ず記入してください。（申請書や添付書類の内容について、確認させていただく場合があります。）

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、別世帯の者を指します。
- (2) 遺族年金には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、障害年金等が該当します。
- (3) 預貯金、有価証券等の写しは別添のとおりに添付してください。

本人及び配偶者の預貯金通帳等の写し（以下の①・②）の添付が必要です。

（生活保護受給者、境界層該当者については必要ありません。）

① 銀行名・支店・口座番号・名義の分かる部分（通帳の見開き部分）の写し

② 最終の残高（申請日の直近2か月以内）が分かる部分の写し

※定期預金の口座・証書、年金の受取口座、高額介護サービス費の受取口座など、漏れなく添付してください。（確認のため、松山市が銀行等に調査を行うことがあります。）

※有価証券をお持ちの方は、保有状況のわかる書類を添付してください。

(裏面)
別表

利用者負担段階			預貯金等 (夫婦の場合) ※2
第1段階	・生活保護受給者 ・本人および世帯全員が住民税非課税で老齢福祉年金受給者(世帯には、世帯を分離している配偶者を含みます)		1,000万円 (2,000万円) 以下
第2段階	本人および世帯全員が住民税非課税(世帯には、世帯を分離している配偶者を含みます)	年金収入金額(※1) + 合計所得金額が80万円以下	650万円 (1,650万円) 以下
第3段階①		年金収入金額(※1) + 合計所得金額が80万円超～120万円以下	550万円 (1,550万円) 以下
第3段階②		年金収入金額(※1) + 合計所得金額が120万円超	500万円 (1,500万円) 以下

※1 年金収入金額には、非課税年金を含みます。

※2 第2号被保険者については、利用者負担段階にかかわらず「単身1,000万円以下、夫婦2,000万円以下」です。

同意書

(宛先
介
託会
含む
を求
ま
が同

受付窓口は市役所別館4階介護保険負担限度額認定申請窓口、北条支所、中島支所です。

北条支所と中島支所以外の支所では受付ができませんので、あらかじめご了承ください。

※郵送での申請も可能です。毎年、年度替わりの時期(6～7月末)の受付窓口は非常に混雑いたしますので、郵送での申請にご協力ください。

(郵送先：〒790-8571

松山市二番町四丁目7番地2 介護保険課 介護給付担当)

、信
者を
報告
偶者

<本人>

住 所 松山市〇〇町〇丁目〇番〇号

(自署)

氏 名 松山 太郎

<配偶者>

住 所 松山市〇〇町〇丁目〇番地〇

(自署)

氏 名 松山 花子

同意書欄の氏名は必ず**自署**してください。
(代筆でもかまいません。)