

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。

7 年度 … 令和 7 年8月1日～令和 8 年7月31日
※令和7年度から様式を変更していますのでご注意ください。

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 〇〇年 △△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	有	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。												
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
氏名	松山 花子	生 年 月 日	明 ・ 大		昭 平		〇〇年△△月□□日							

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。

に 関 する 事 項	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	
市町村民税賦課現住所	本年1月1日（申請が1月から7月までの場合は前年1月1日）時点の住所を記入してください。												
市町村民税	課税	・	非課税										

夫婦の場合、合計の金額を記入してください。

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 ・ 私立共済									
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）（内容 現金）							1, 000, 000 円	

裏面（別表）をご確認ください。

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）	0 9 0 - × × × × - × × × ×
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	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、障害年金が該当します。
- (3) 預貯金・有価証券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。

の規定に

確 認

(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
		年金収入金額(※1) + 合計所得金額が80万9千円以下	650万円 (1,650万円) 以下
		年金収入金額(※1) + 合計所得金額が80万9千円超～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

令和7年度から年金収入金額+合計所得金額の基準が80万円→80万9千円に変更されました。

※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
介護
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)

信を告
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。)