

記載例

消えるボールペンは使用しないでください。

負担限度額認定申請書

令和 7 年度用

令和 7 年〇〇月〇〇日

市陸太田市長 殿

次のとおり関係書類を添

被保険者の氏名を記入してください。

負担限度額認定を申請します。

フリガナ	オオタ ハナコ	被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5
被保険者氏名	太 田 一 郎	個人番号	
生 年 月 日	明・大(昭) 1 1 年 1 月 1 日		
住 所	〒313-0013 常陸太田市山下町〇〇〇〇番地		
入所(院)した介護 保険施設の所在地及び 名称(※)	〒 特別養護老人ホーム□□□		
入所(院)年月日(※)	平(令) 元 年		
配偶者の有無	(有) ・ 無		
配 偶 者 に 関 する 事 項	フリガナ	オオタ ハナコ	
	氏 名	太 田 花 子	
	生 年 月 日	明・大(昭) 1 2 年 3 月 4 日	個人番号
	住 所	〒313-0016 常陸太田市金井町〇〇〇〇番地	
	本年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	

「個人番号の記載等に関する
確認書」をご提出いただくため、
この欄は空欄で構いません。
※確認書の記載については、
別添の記載例をご参照
ください。

・同一世帯でない配偶者や、
婚姻の届出をしていない内
縁関係も「有」になります。

・既にお亡くなりの場合は、
「無」になります。

配偶者の課税状況について、
どちらかを○で囲んでください。

受給している年金を○で囲んでください。

世帯非課税である老齢福祉年金受給者

収 入 等 に 関 する 申 告	☒	③市町村民税世帯非課税者であって 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が 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。以下同じ。) ※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。	受給している全ての 年金の保険者に○を してください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済		
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が 年額 80.9 万円を超え、120 万円以下です。			
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が 年額 120 万円を超えます。			
預貯金等 に 関 する 申 告	☒	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1,650 万円)、④の方は550 万円(同1,550 万円)、 ※第 2 号被保険者(40 歳以上 64 歳以下)の場合、③	650 万円(同 1,550 万円)以下です。		
	預貯金額	7,535,422 円		有価証券 (証券価額)	円

重要！
お手元に現金がある場合には、
その金額を記載してください。

重要！ 記入した預貯金額と通帳の残高が一致しているか確認してください。
※

記載例

消えるボールペンは使用しないでください。

同意書

常陸太田市長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和7年〇〇月〇〇日

<本人>

住所 常陸太田市山下町〇〇〇番地
氏名 太田 一郎

被保険者の氏名を記載してください。

<配偶者>

住所 常陸太田市金井町〇〇〇〇番地
氏名 太田 花子

配偶者「有」の場合、必ず配偶者の氏名を記載してください。