

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先)秋田市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。

申請書提出者	住所・事業所名 〒		氏名		電話番号		本人との関係 ()	
フリガナ			被保険者番号					
申請者 (被保険者)			個人番号					
生年月日	明・大・昭 年 月 日							
住 所	〒		電話番号					
入所した介護 保険施設(特 養・老健)の住 所および名称	※介護保険施設に入所していない場合およびショートステイを利用している場合は、記入不要です。 施設(特養・老健)入所者の結果通知は施設へ送付します。							
	住所〒		電話番号					

【以下全てご記入ください】 『』内の金額は令和7年8月からの額です。

収入等に関する申告 (該当する番号に○をしてください。)	1 生活保護受給者		受給している全ての年金の保険者に○して下さい ・日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私学共済
	2 市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者		
	市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80万円『80.9万円』 ↑(受給している年金に○して下さい) 以下です。 ※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。		
	市民税世帯非課税者であって、 3① 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80万円『80.9万円』 ↑(受給している年金に○して下さい) 超120万円以下です。		
申請区分 (該当する番号に○をしてください。)	1 新規 要介護認定申請中の場合は申請年月日 年 月 日		
	2 更新		
	3 転居又は世帯構成の変更 年 月 日		
	4 生活保護受給開始・廃止 年 月 日		

※生活保護を受給している方、市内転居による再交付申請の方は、以下の記入と添付書類は不要です。

配偶者の有無		有 ・ 無		配偶者が「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。	
配偶者に関する事項	被保険者との世帯状況	同一世帯 ・ 別世帯		市 民 税 課 税 状 況	課 税 ・ 非課税
	フリガナ			生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日
	氏 名			個人番号	
	住 所	〒		電話番号	
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)		〒		

※裏面(預貯金等に関する申告等)に続きます。裏面も必ずご記入ください。

市記入欄

審査	課税区分	別居配偶者	預貯金等	認定区分	所得＋年金収入	利用者負担段階	確認者
	世帯非課税	無 ・ 非課税	基準以下	認定		第 段階	
	課税者有(本・世)	課税	超過	却下			

