

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 真庭市長 様

令和 年 月 日

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									真	庭	市	3	3	2	1	4	8
被保険者氏名	被保険者番号																
	個人番号																
生年月日	大 ・ 昭 年 月 日																
住 所	〒 - 電話番号 () -																
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	名 称																
	所 在 地																
入所(院)年月日(※)	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。								

配偶者の有無		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、記載不要です。														
配偶者に関する事項	フリガナ	個人番号																
	氏 名	生年月日								大 ・ 昭 年 月 日								
		課税状況								市民税 課税 ・ 非課税								
	住 所 (同居の場合は記入不要)	〒 - 電話番号 () -																
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒 - 電話番号 () -																	

申請者	氏 名	被保険者との関係 ()															
	住 所	〒 - 電話番号 () -															

※申請者が被保険者本人の場合には記載不要です。

★裏面(収入・預貯金等に関する申告)に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

【保険者確認欄】

交付年月日	提出	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 郵送		代理権の確認	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()											
年 月 日	身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ()														
	個人番号確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 番号提供承認書 <input type="checkbox"/> その他 ()														
適用年月日	世帯全員市民税課税状況	<input type="checkbox"/> 課税				<input type="checkbox"/> 非課税				別世帯配偶者の市民税課税状況						
年 月 日	老 齢 福 祉 年 金	<input type="checkbox"/> あり				<input type="checkbox"/> なし										
	生 活 保 護	<input type="checkbox"/> あり				<input type="checkbox"/> なし				<input type="checkbox"/> 課税		<input type="checkbox"/> 非課税				
有効期限	所 得 等	<input type="checkbox"/> 80万円以下				<input type="checkbox"/> 80万円超120万以下				判 定						
年 月 日	預貯金等(本人)	<input type="checkbox"/> 120万円超														
		<input type="checkbox"/> 500万円以下		<input type="checkbox"/> 550万円以下		<input type="checkbox"/> 650万円以下		1 ・ 2								
	預貯金等(配偶者)	<input type="checkbox"/> 1000万円未満				<input type="checkbox"/> 1000万円以上				3-1 ・ 3-2						
										非 該 当						

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 / 市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	年金保険者名	<input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済
	<input type="checkbox"/>	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非課税年金【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円以下です。(受給している年金に○をして下さい)		
	<input type="checkbox"/>	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非課税年金【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円を超え 120 万円以下です。(受給している年金に○をして下さい)		
	<input type="checkbox"/>	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非課税年金【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。(受給している年金に○をして下さい)		

●非課税年金とは、日本年金機構又は共済組合等から支払われる国民年金・厚生年金・共済年金の各制度に基づく遺族年金障害年金を指します。

※遺族年金には「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。

預貯金等に関する申告	種類	氏名(口座名義)	金融機関及び支店名	預貯金額
	預貯金			
				円
				円
				円
				円
				円
有価証券等	氏名	種類	評価概算額	円
				円
				円
その他(負債・現金等)	氏名	種類	金額	円
				円
				円
			合計	円

【注意事項】

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第 22 条第 1 項の規定に基づき、支給された額及び最大 2 倍の加算金を返還していただくことがあります。

同意書

真庭市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公庁、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。)に私及び私の配偶者(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、私及び私の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 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<代筆者>

氏名

続柄

()

<配偶者>

住所

氏名