

# 介護保険負担限度額認定申請書

記載例

(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	マニワ タロウ	真庭市	3	3	2	1	4	8					
被保険者氏名	真庭 太郎	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
		個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	0
生年月日	大・昭 ●●年 ▲▲月 ■■日												
住所	〒719-3292												
	真庭市久世2927番地2						電話番号 (0867) 42-1074						
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	名称	施設に入所している場合のみ記入											
	所在地												
入所(院)年月日(※)	年 月 日 (※)介護保険施設に入所していない場合及び												

・婚姻届を提出していない事実婚（内縁関係）や別居している配偶者は「有」となります

配偶者の有無	有	無	左記に該当する場合は「有」または「無」に記入し、申請書に添付する書類については、記載不要です。												
配偶者に関する事項	フリガナ	マニワ ハナコ	個人番号	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6
	氏名	真庭 花子	生年月日	大・昭 ●●年 ▲▲月 ■■日											
	住所 (同居の場合は記入不要)	〒 -													
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒 現住所と異なる場合のみ記入 電話番号 ( ) -													

申請者	氏名	ご本人以外の方が申請する場合のみ記入 )												
	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 ( )		
適用年月日	この欄は記入しないでください			
年月日				
有効期限	定			
年月日	預貯金等(本人)	<input type="checkbox"/> 1000万円未満	<input type="checkbox"/> 1000万円以上	3-1
	預貯金等(配偶者)	<input type="checkbox"/> 1000万円未満	<input type="checkbox"/> 1000万円以上	3-2
				非該当

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給	年金保険者名	<input checked="" 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 checked="" 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120万円を超えています。(受給している年金に○をして下さい)		

該当するところにチェックを入れてください

非課税年金の受給がある場合は該当する年金を○で囲んでください。

受給している年金すべてにチェックを入れてください

●非課税年金とは、日本年金機構または地方自治体から支給される国民年金・厚生年金基金・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」があります。

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		円
			円
その他(負債・現金等)	氏名	種類	金額
			円
			円
合計			円

本人及び配偶者の資産状況について預貯金(定期預金を含む)等すべてを記入してください。すべての通帳の写しを添付(申請日の直近記帳分から2か月前まで)

【注意事項】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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 真庭市久世2927番地2

氏名 真庭 太郎

<配偶者>  
住所 真庭市久世2927番地2

氏名 真庭 花子

<代筆者>  
氏名 ( ) 続柄 ( )

本人が署名してください。配偶者がいる場合は、同様に配偶者本人が署名してください。また、本人がどうしても署名できない場合は代筆された方の氏名続柄を記入してください