**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 | □本人　□代理　□郵送 | | | 代理権の確認 | | | □介護保険証　□委任状　□その他（　　　　　　） | | | | | |
| 年 　月 　日 | | | | 身元確認 | □個人番号カード　□運転免許証　□健康保険証　□介護支援専門員証　□その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 個人番号確認書類 | | □個人番号カード　□通知カード　□番号提供承認書　□その他（　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | | | |
| 適用年月日 | | | | 世帯全員市民税課税状況 | | | * 課税 | | | * 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 | | | * あり | | | * なし | | |
| 生活保護 | | | * あり | | | * なし | | | □　課税 | | □　非課税 | |
| 有効期限 | | | | 所得等 | | | □　80万円以下 | | | □　80万円超120万以下 | | | 判　　　定 | | | |
| □　120万円超 | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | 預貯金等（本人） | | | □500万円以下 | | □550万円以下 | | | □650万円以下 | １　　・　　２  ３－１　・　３－２ | | | |
| □1000万円未満 | | | □1000万円以上 | | |
| 預貯金等（配偶者） | | | □1000万円未満 | | | □1000万円以上 | | | 非　該　当 | | | |
| 収入等に関する申告 | □ | 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 | | | | | | | | | | | | |
| □ | 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〇をして下さい） | | | | | | | | | | 年金保険者名 | □日本年金機構  □地方公務員共済  □国家公務員共済  □私学共済 | |
| □ | 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〇をして下さい） | | | | | | | | | |
| □ | 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〇をして下さい） | | | | | | | | | |

●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 |
|  |  | 円 |
| 有価証券等 | 氏　　　名 | 種類 | 評価概算額 |
|  |  | 円 |
|  |  | 円 |
| その他  (負債・現金等) | 氏　　　　　名 | 種類 | 金　　　額 |
|  |  | 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＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜代筆者＞  　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続　柄  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　（　　　　）  　　氏　名  　＜配偶者＞  　　住　所    　　氏　名 |