

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	☐ 80.9万円以下		☐ 80.9万円超 120万円以下		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		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 80.9 万円以下です。 (受給している年金に○をして下さい)	年金保険者名	☐ 日本年金機構
	☐	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 80.9 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)		☐ 地方公務員共済
	☐	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 120 万円を超えます。 (受給している年金に○をして下さい)		☐ 国家公務員共済 ☐ 私学共済

●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> 住 所 氏 名	<代筆者> 氏 名 (続 柄)
<配偶者> 住 所 氏 名	