

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												

・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。												
	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	〒 -	課税状況	市民税 課税 ・ 非課税											
	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												

申請者	氏名	被保険者との関係 ()											
	住所	〒 -	ご本人以外の方が申請する場合のみ記入										

※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		
有効期限	生活保	この欄は記入しないでください		判定
	所得等	☐ 80.9万円以下 ☐ 80.9万円超120万円以下 ☐ 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	
	預貯金等(配偶者)	☐ 1000万円未満 ☐ 1000万円以上	3-1 . 3-2	

収入等に関する申告	☐	生活保護受給者	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 80.9 万円以下です。（受給している年金に○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 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）		
	☐	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）		

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」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
			円
有価証券等	氏		円
			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3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 真庭市久世2927番地2

氏 名 真庭 太郎

<代筆者>

氏 名 (続 柄)

<配偶者>

住 所 真庭市久世2927番地2

氏 名 真庭 花子

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