

(表面)

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) 真岡市長

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				被保険者番号							
被保険者氏名				個人番号							
				生年月日	明・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（※）	電話番号										
入所（院）年月日（※）	昭・平・令	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」について記入不要です。										
配偶者に関する事項												
フリガナ												
氏名												
生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号							
住所	電話番号											
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）												
課税状況	市町村民税 課税・非課税											

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者										
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。（受給している年金に○してください。以下同じ。）※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。以下同じ。										
	<input type="checkbox"/>	④市長村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。										
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。										
	預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。									
預貯金額		円	有価証券 (評価概算額)	円	その他（現金・ 負債を含む）	()	※	円	※内容を記入してください。			

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）			
申請者住所	本人との関係			

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保有している場合は、そのすべてを記入し、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上添付してください。
(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。

真岡市 記入欄	交付年月日	適用年月日	有効期限	備考		
		から	まで			

※裏面の同意書にも記入してください。

同 意 書

(宛先) 真岡市長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、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、真岡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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名