

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

大竹市長 様

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											
被保険者氏名	被保険者番号		0	0	0	0	0				
	個人番号										
生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女						
住所	電話番号										
入所(入院)した介護保険施設の名称及び所在地(※)	名称					所在地					
	電話番号										
入所(入院)年月日(※)	年	月	日	※介護保険施設に入所(入院)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		※「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」の記載は不要です。								
配偶者に関する事項	フリガナ										
	氏名	個人番号									
	現住所	生年月日		年	月	日					
	市町村民税賦課期日現在の住所	電話番号									
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税										

収入等に関する申告	非課税年金受給		有 ・ 無		「有」の場合は、以下の「年金の種類」・「年金保険者」について、当てはまるものすべてに○をしてください。					
	年金の種類	遺族年金・障害年金		年金保険者	日本年金機構・地方公務員共済 国家公務員共済・私学共済					
預貯金等に関する申告	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)	( ) ※				

※内容を記入してください。

被保険者以外の方が申請する場合、下記について記載してください。

申請者氏名					電話番号					
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) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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

大竹市長 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、非課税年金情報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。

年 月 日

<本人>

住 所

---

氏 名

㊞

---

<配偶者>

住 所

---

氏 名

㊞

---