

## 介護保険負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

増毛町長 殿

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	
		個人番号	
		性別	男 ・ 女
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※	所在地 〒		
	名称	電話番号	
入所（院）年月日 ※	昭 ・ 平 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			
	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）	〒			
	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	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者			
	<input type="checkbox"/>	市町村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の合計額が年額80万円以下です。			
	<input type="checkbox"/>	市町村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の合計額が年額80万円を超えます。			
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり			
	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	電話番号
申請者住所 〒	本人との関係

### ※増毛町記入欄

交付年月日	平成 年 月 日	備考
適用年月日	平成 年 月 日から	
有効期限	平成 年 7月 31日まで	
交付方法	<input type="checkbox"/> 郵送（自宅） <input type="checkbox"/> 郵送（施設） <input type="checkbox"/> その他	

### <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) 書ききれない場合は、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。

## 同意書

増毛町長 殿

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、報告を求める事に同意します。

年 月 日

<被保険者本人>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

<配偶者>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

<代筆の場合>

(被保険者欄の代筆者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 (関係)

(配偶者欄の代筆者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 (関係)