

(表面)

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

熊本県上益城郡益城町長 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																			
	個人番号																			
生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女															
住所	〒 _____ 連絡先 _____																			
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	〒 _____ 連絡先() _____																			
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、記入不要です。																	
配偶者に関する事項	フリガナ	_____																		
	氏名	_____																		
	生年月日	年	月	日	個人番号															
	住所	〒 _____ 連絡先 _____																		
	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"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢者福祉年金受給者																	
	<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1,000万円(夫婦は合計2,000万円)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	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所(事業所が提出する場合、事業所名及び所在地)	本人との関係

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。
- 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。
- 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。

※裏面の同意書にも記入してください。

(裏面)

同意書

熊本県上益城郡益城町長 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、貴町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

※代筆の場合は、下記にもご記入お願いします。

<代筆者>

氏名

(続柄：)