

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)新島村長

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, 性別, 生年月日, 住所, 電話番号, 介護保険施設の所在地及び名称, 入所(院)年月日

配偶者の有無, 配偶者に関する事項, フリガナ, 氏名, 生年月日, 住所, 電話番号, 本年1月1日現在の住所, 課税状況

収入等に関する申告, 預貯金などに関する申告, ①生活保護受給者, ②市町村民税世帯非課税, ③課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額, ④課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】の収入額, ⑤課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】の収入額

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。

# 同意書

新島村長 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、報告を求めることに同意します。

また、貴村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 印

<配偶者>

住所 〒

氏名 印