

介護保険負担限度額認定申請書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

上天草市長 様

次のとおり関係書類を添えて、食事・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

申請者情報欄: フリガナ(カミアマクサ タロウ)、被保険者番号(〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇)、被保険者氏名(上天草 太郎)、個人番号、生年月日(明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日生)、性別(男・女)、住所(〒〇〇〇-〇〇〇〇 上天草市 ×××町 〇〇番地〇)、連絡先(〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)、入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(〒〇〇〇-〇〇〇〇 上天草市×××町××× 〇〇〇番地 特別養護老人ホーム●●●●)、連絡先、入所(院)年月日(〇〇年 〇〇月 〇〇日)、※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。

配偶者情報欄: 配偶者の有無(有・無)、左記において「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。フリガナ(カミアマクサ ハナコ)、氏名(上天草 花子)、個人番号、住所(〒〇〇〇-〇〇〇〇 同上)、連絡先(〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)、本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合記入)、課税状況(市町村民税 課税・非課税)、遺族年金or障害年金を受給されている場合は☑を付けて【】内に○を付けること。

預貯金等の合計金額を記入してください(夫婦の場合、2人分の合計額)。※通帳の見開きと直近(2ヶ月くらい前の記帳までは可)の残高が記載されたページのコピー。※定期預金分は全ページのコピーを頂いてください。預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添

預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添: 預貯金額(〇,〇〇〇,〇〇〇円)、有価証券(評価概算額)(〇〇,〇〇〇円)、その他(現金・負債を含む)(現金)※(〇〇,〇〇〇円) ※内容を記入してください

申請者情報欄: 申請者氏名(上天草 次郎)、連絡先(〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)、申請者住所(〒〇〇〇-〇〇〇〇 熊本市××区××× 〇-〇-〇)、本人との関係(長男)

- 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 (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、その全てを記入し、 (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うえ、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。

※結果通知等の送付先について、被保険者の自宅以外に御希望があれば以下に記入してください。御希望の送付先にチェックしてください。☐上記の施設へ ☑上記の提出者宅へ ☐その他(住所:〒 - 宛名: 方へ送付)

※送付先については、この申請分に限りません。御了承ください。

裏面の同意書にも記入してください。

様式第 25 号（第 14 条関係）

（裏面）

同意書

上天草市長 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、上天草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。

令和 ○○年 ○○月 ○○日

<本人>

住所 上天草市×××町×× ○○○番地○○

氏名 上天草 太郎

<配偶者>

住所 上天草市×××町×× ○○○番地○○

氏名 上天草 花子

申請者に配偶者がいる場合は、同居の有無にかかわらず
預貯金判定の対象となるので、住所・氏名が必要です。