

介護保険負担限度額認定申請書

平成 年 月 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。

フリガナ			保険者番号		4	3	2	1	2	0
被保険者氏名 (申請者)			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年 月 日生	性別	男・女	年齢	歳				
住所	〒 - 上天草市		電話番号 ( )							
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称	〒 -		電話番号 ( )							
入所(院)年月日	平成	年 月 日	※介護保険施設に入所(院)していない場合は、 記入不要です。							

配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」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・平 年 月 日
	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 合記入)	〒 -
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税	

預貯金等に 関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の合計が1,000万円(夫婦は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	有価証券 (評価概算額)	その他 ( )※ (現金・負債を含む)
	円	円	円

※内容を記入してください。

被保険者以外の方が提出する場合は、下記について記載してください。

提出者氏名		連絡先:
提出者住所	〒 -	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うえ、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。

※結果通知等の送付先について、被保険者の自宅以外にご希望があれば下記へご記入ください。

ご希望の送付先に☑ をして下さい。	<input type="checkbox"/> 上記の施設へ	<input type="checkbox"/> 上記の提出者宅へ
	<input type="checkbox"/> 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。ご了承ください。

**裏面の同意書にも記入、押印してください。**

(裏面)

## 同 意 書

(宛先) 上天草市長

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。

平成      年      月      日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印