

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

肝属郡錦江町長 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, 保険者番号, 被保険者氏名, 生年月日, 住所, 連絡先, 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称, 配偶者の有無, 配偶者に関する事項

収入等に関する申告, 預貯金等に関する申告, 預貯金額, 有価証券(評価概算額), その他(現金・負債を含む)

提出者が被保険者本人の場合は、下記について記入不要です。

申請者氏名, 申請者住所, 連絡先(自宅・勤務先), 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。
(5) 段階の判定の基準となる合計所得金額は、「長期譲渡所得及び短期譲渡所得に係る特別控除額」と「年金収入に係る所得額」を控除した額となります。

(裏面)

同意書

錦江町長 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、債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、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

氏 名

< 配偶者 >

住 所

氏 名