

介護保険負担限度額認定申請書 【新規（ 年度）・更新（ 年度）】

田原本町長 様

令和 年 月 日

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

		保険者番号		2 9 3 6 3 9	
フリガナ					
被保険者氏名	被保険者番号				
	個人番号				
生年月日	明・大・昭 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(※)	〒 - 連絡先 ()				
入所(院)年月日(※)	平・令 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 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)	〒 - 連絡先 ()			
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税				

別紙の注意事項を確認の上、チェックしてください。

収入等・預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	別紙【介護保険負担限度額認定申請についての注意事項】を確認しました。
----------------	--------------------------	------------------------------------

申請者氏名		連絡先（自宅・携帯） ()
申請者住所		被保険者との続柄

※ 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。

※市町村記入欄					審査	配偶者	段階	上限	申告	口座
						有（課税・非課税） 無				有 無
本人/使者 代理人 代行申請	番号 有無	番号確認 番カ/通カ システム/他	家族信託 有・無	代理権 法定/委任/ 証明/他		結果				
					認 ・ 却					

預貯金等に関する申告(本人分)

種類	口座名義(フリガナ)	金融機関名	預貯金額
預貯金		銀行 信用金庫 農業協同組合	円
		銀行 信用金庫 農業協同組合	円
		銀行 信用金庫 農業協同組合	円
有価証券 等	口座名義(フリガナ)	種類・金融機関名・店名等	評価額
			円
			円
現金(タンス預金含)	(本人分)	金額	円

預貯金等に関する申告(配偶者分)※配偶者がいない場合は記入不要です。

種類	口座名義(フリガナ)	金融機関名	預貯金額
預貯金		銀行 信用金庫 農業協同組合	円
		銀行 信用金庫 農業協同組合	円
		銀行 信用金庫 農業協同組合	円
有価証券 等	口座名義(フリガナ)	種類・金融機関名・店名等	評価額
			円
			円
現金(タンス預金含)	(配偶者分)	金額	円

※(本人分・配偶者分ともに)同じ種類の資産等が多く、記載しきれない場合は、別紙に記入してください

同意書

田原本町長 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、田原本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。

※代筆の場合はご記入下さい 代筆した分に丸(本人分・配偶者分)

令和 年 月 日

代筆者署名

本人との続柄

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名