介護保険負担限度額認定申請書

〇年〇月〇日

(申請先) 御前崎市長 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	カイゴをロウ 個人番号		1		3	4			6	7	8	9	0	1	2		
	被保険者氏名	介護 太郎 被保険	者番	号		0	O) (0	0	0	5	4	3	2	1		
	生年月日	明·大·昭 〇 年 〇 月 〇 日																
	住 所	御前崎市池新田5585番地 住民登録してある住所等を記入 住民登録してある																
		電話番号 85-1118																
	入所(院)した介護保 険施設の所在地及び 名 称 (※)	御前崎市池新田1111番地 入所している施設の住所等を記																
	入 所 (院)	電話番号 85-1111 電話番号 85-1111 電話番号 85-1111 電話番号 85-1111 では、 (※) 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ィを利用																
	年月日(※)	昭・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・																
	配偶者の有無	を記において「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。																
	フリガナ	カイゴ ハナコ																
配偶者に	氏 名	介護 花子																
者に	生年月日	明·大·昭 〇 年 〇 月 〇 日																
関す	住 所	御前崎市池新田5585番地																
る	本年1月1日現在の	電話番号 85-1118																
事項	住所(現住所と異	1月1日現在の住所と現住所が異なる場合のみ記入	1月1日現在の住所と現住所が異なる場合のみ記入							受給している非課税年								
	課税状況	市町村民税 : 非課税							_ 金の種類に☑をつける _ ※受給していない場合 _ ※									
	•			•				ゖ		₹/こ						Ĺ		
		非課税年金 □ 遺族年金(寡婦年金、かん夫年金、母子年 受給状況 □ □ □ 無	丰金	、华	■母−	f#	白							•		_		
		世帯課税状況 市町村民税 課税 ・ 非課税																
		2号被保険者 ☑65歳未満被保険者 (預貯金等合計が1,000万円以下・夫婦は2,000万円以下)																
								の合計が1,000万円以下										
	収入等に関	さ齢福祉年金受給者 		預	<u>夫婦</u> 預貯							万F	円以	下		\dashv		
	する申告	□ 得 の合計額が <u>年額80.9万円以下</u> です。		B ' +' I	夫婦									` '				
		宋						え 預貯金等の合計か550万円以下										
								+ 夫婦は1,550万円以下 預貯金等の合計が500万円以下										
		□ の合計額が <u>120万円超です</u> 。		夫婦は1.500万円以下														
		有価証 有価証 有価証 有帳等について(西ナナセキレ <i>マ</i> ハナギキ						£ 5	ţo.) }					
			帳等については原本を持参して にて写しをとる。[通帳の表紙(名義および通					L		0	円			
			ページ)、申請日から直近の 「ください」 、、定期預金があればそのペー															
申請者が <mark>ジ</mark> 〕 申請者氏名 カイゴ ハナコ													<u> </u>	要て	ぎ す	•		
. +	ᄜᇻᄊᄺ	カイコ ハノコ																

注意事項

申請者住所

(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。

介護 花子

御前崎市池新田5585番地

- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、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。

《裏面も御記入ください》

ชม-เเเช

妻

本人との関係

同意書

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 その他の機関に私及び配偶者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、 照会することに同意します。

〇 年 〇 月 〇 日

〈本人〉

住 所 御前崎市池新田5585番地

氏 名 介護 太郎

〈配偶者〉

住 所 御前崎市池新田5585番地

氏 名 介護 花子