

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) 河内長野市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度認定の申請をします。

フリガナ, 被保険者番号, 個人番号, 生年月日, 性別, 住所, 電話番号, 介護保険施設の所在地及び名称, 入所(入院)年月日

配偶者の有無, フリガナ, 氏名, 生年月日, 個人番号, 住所, 電話番号, 本年1月1日現在の住所, 課税状況

収入等に関する申告, 預貯金等に関する申告, 生活保護受給者, 市民税世帯非課税者, 預貯金, 有価証券等の金額の合計

預貯金, 有価証券等の金額の合計を記載, 預貯金, 有価証券(評価概算額), その他(現金・負債を含む)

代理で申請される場合

申請者氏名, 申請者住所, 電話番号, 被保険者との関係

市(保険者)記入欄

交付年月日, 利用者負担段階, 備考

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」とは、世帯分離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所有している場合は、その全てを記入し、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)

同意書

(宛先) 河内長野市長

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、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名