

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

開成町長

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			被保険者番号										
被保険者氏名	⑨		個人番号										
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日		性 別	男 ・ 女									
住 所	神奈川県足柄上郡開成町												
	連絡先												
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	（所在地）												
	（名称） 連絡先												
入所（院）年月日 （※）	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										

[illegible]

収入等に関する申告	☐	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。				
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円を超えます。				
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）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	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	円 ※

※内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	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。

同 意 書

開成町長 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、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（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、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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印