

# 介護保険負担限度額認定申請書



(申請先)

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞）限度額認定を申請します。

フリガナ	シカ タロ	被保険者番号	0612345678
被保険者氏名	白川 太郎 印	個人番号	
生年月日	大正 1 2 年 3 月 4 日	性別	男
住所	〒509-1106 岐阜県加茂郡白川町坂ノ東〇〇〇番地 連絡先 0574-75-〇〇〇〇		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	岐阜県加茂郡白川町坂ノ東 介護老人保健施設〇〇〇		
入所(院)年月日(※)	平成27年 4		

配偶者の有無	有
フリガナ	シカ ハコ
氏名	白川 花子
生年月日	大正13年 4月 5日
住所	岐阜県加茂郡白川町河岐〇〇番地〇〇 連絡先 0574-72-〇〇〇〇
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	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			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者... 課税年... 額が			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税... 課税年金収入額... 額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。			
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	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	500,000円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む)

※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	山田 次郎	連絡先(自宅・勤務先)	090-XXXX-XXXX
申請者住所	愛知県名古屋市〇〇〇-〇〇	本人との関係	子

注意事項

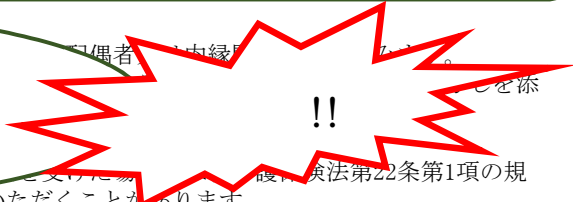
(1)

(2)

(3)

(4)

虚偽の申告をされた場合は、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された賦金...を返還していただくことがあります。



# 同意書

白川町長あて

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。

平成 年 月 日

【本人】

住所 白川町坂ノ東〇〇〇番地

氏名 白川 太郎 印

【配偶者】

住所 白川町河岐〇〇番地〇〇

氏名 白川 花子 印