

介護保険負担限度額認定申請書

年度

平成 年 月 日

松島町長 殿

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の申請をします。

被 保 険 者 氏 名		保 険 者 番 号	
フリガナ		0 4 4 0 1 6	
被 保 険 者 番 号		個 人 番 号	
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	性 別	男・女
住 所	〒 連絡先(電話)		
介護保険施設の所在地及び名称	〒 連絡先(電話)		
入所(院)年月日	年 月 日	介護保険施設に入所(院)していない場合には、記入は不要です。	

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
	住 所	〒 連絡先(電話)
課 税 状 況	市町村民税 課税 ・ 非課税 (で囲んでください)	

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(夫婦は2000万)以下です。 預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり。			
	預貯金	氏名(口座名義)	金融機関及び支店名	
	有価証券	氏名	種類	評価概算額
	その他(負債・現金等)	氏名	種類	金額

預貯金等に関しては、配偶者名義のものも記載して下さい。
申請者が被保険者本人の場合には、下記については不要です。

申請者氏名	連絡(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

添付書類 預貯金等の照会に関する同意書(裏面) 預貯金、有価証券に係る通帳等の写し

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、又は内縁関係のものを含みます。
- (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、そのすべてを記入してください。
- (3)書き切れない場合は、余白に記入するか、または別紙に記入の上、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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

裏面、同意欄のご記入および捺印をお願いいたします。

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、松島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

㊞

<配偶者>

住 所

氏 名

㊞

松 島 町 処 理 欄

	<input type="checkbox"/> 第1段階	<input type="checkbox"/> 第2段階	<input type="checkbox"/> 第3段階	<input type="checkbox"/> 非該当	端末確認	申請入力	認定入力
所属世帯課税状況等	<input type="checkbox"/> 非課税世帯	<input type="checkbox"/> 課税世帯	<input type="checkbox"/>	配偶者の課税状況および資産の勘案により、非該当	適用年月日	有効期限	交付年月日

受 付

--