

(表面)

第 25 号様式 (第 15 条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 厚岸町長 様

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	印		個人番号										
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女							
住所	連絡先												
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	連絡先												
入所(院)年月日 (※)	昭・平	年	月	日	(※) 介護保険施設に入所(院)していない場合及び ショートステイを利用している場合は、記入不要です。								

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	個人番号					
	住所	連絡先									
	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高齢福祉年金受給者									
	<input type="checkbox"/>	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。									
	<input type="checkbox"/>	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	<input 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	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。

町記入欄

交付年月日	適用年月日	有効期限	備考
年 月 日	年 月 日	年 月 日	

(裏面)

同意書

厚岸町長 様

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、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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印