

介護保険負担限度額認定申請書

□新規 □更新 □再申請 年 月 日

芽室町長 あて

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										
被保険者氏名	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	〒 電話番号									
利用事業所の所在地及び名称	〒 電話番号									
利用サービス種類	□ 施設入所（特養、老健、医療院など）			□ 短期入所			□ 未定			
入所(予定)年月日	昭・平・令	年	月	日						
収入等に関する申告	□ 市町村民税世帯非課税（生活保護受給者及び境界層該当者含む） □ 課税層特例（この場合、別途申告書の添付が必要です。）									

申請者氏名				本人との関係		
申請者住所	〒 電話番号					

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	住民登録上の世帯	□ 同一世帯 □ 別世帯（町内在住） □ 別世帯（町外在住）				
	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	住所	〒 電話番号				
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒		市町村民税課税状況 課税・非課税		

預貯金等に関する申告	被保険者氏名		配偶者氏名	
	金融機関及び支店名	預貯金額	金融機関及び支店名	預貯金額
預貯金額 (普通・定期)		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
有価証券等	種類	評価概算額	種類	評価概算額
		円		円
その他 (現金、負債等を含む)	種類	金額	種類	金額
		円		円
合計		円		円

◎ 裏面もご記入ください。

芽室町記入欄

交付年月日	年 月 日	生活保護	あり・なし	境界層該当	あり・なし
適用年月日	年 月 日	世帯の課税状況	課税（ ）・非課税		
有効期限	年 月 日	資産の状況	基準以下(単身 万円以下, 夫婦 万円以下)・基準超		
判定結果	承認・不承認	負担割合	第(1・2・3①・3②)段階・第4段階特例減額		

(表面からの続き)

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。
- (5) 利用者負担第 4 段階の特例減額申請の際は、別途資産等申告書及び要件を満たす添付書類が必要となります。

同 意 書

芽室町長 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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印