

介護保険負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

九度山町長 様

次のとおり関係書類を添えて申請します。

※注意 □のある欄は、該当する箇所に☑印を付けてください。

申請者	氏名		被保険者との関係			
	住所	電話番号				
被保険者	被保険者番号		個人番号			
	フリガナ			性別	□男 □女	
	氏名	⑩	生年月日	年 月 日		
	住所	電話番号				
配偶者	配偶者の有無	□有 □無		個人番号		
	フリガナ			住民税	□課税 □非課税	
	氏名			生年月日	年 月 日	
	住所	電話番号				
収入・資産申告	収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者または住民税非課税である老齢福祉年金受給者				
		<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯であって課税年金収入額と合計所得金額の合計が 80万円以下 。				
		<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯であって課税年金収入額と合計所得金額の合計が 80万円を超える 。				
	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 1,000万円以下（夫婦は2,000万円以下）				
	預貯金	円	有価証券 (株式等)	円	その他 (現金等)	円
介護保険施設	介護保険施設への入所	□有 □無		入所年月日	年 月 日	
	入所施設の名 称					
備考						

- 注 1 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。
- 2 書ききれない場合は余白に記入するか別紙に記入の上添付してください。
- 3 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、介護保険法第22条第1項の規定により、支給された額の返還及び最大2倍の加算金を納めいただくことがあります。
(裏面もご記入ください)

同意書

九度山町長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署若しくは年金保険者または銀行、信託会社その他の機関に私及び配偶者の課税状況又は保有する預貯金の残高、有価証券等について照会することに同意します。

また、貴町長の報告要求に対し、銀行、信託会社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、信託会社等に伝えて構いません。

平成 年 月 日

<本人>

住所

氏名

⑩

<配偶者>

住所

氏名

⑩