

(表)

介護保険負担限度額認定申請書

湯河原町長 様		年 月 日																	
住所		申請者 氏 名 印																	
電話番号 ()		電話番号 ()																	
次のとおり食事・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。																			
被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号																
	氏 名		個人番号																
	生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女															
	住 所	〒 電話番号 ()																	
	負担限度額 申請理由	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税の生活保護受給者等である。 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額 80 万円以下である。 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額 80 万円を超える。																	
配偶者の有無		有 ・ 無 (※「無」の場合は配偶者の欄は記載不要です。)																	
配 偶 者	フリガナ		個人番号																
	氏 名		個人番号																
	生年月日	年 月 日																	
	住 所	〒 電話番号 ()																	
	課税状況	市町村民税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税																	
介 護 保 険 施 設	名 称																		
	所在地	〒 電話番号 ()																	
	入所(院) 年月日	年 月 日																	
資 産 等	<input type="checkbox"/> 預貯金等の金額の合計が 1000 万円 (夫婦では 2000 万円) 以下である。 (預貯金、有価証券、負債等に係る通帳等の写しを添付してください。)																		
	預貯金等 (現金含む。)	円	有 価 証 券 等	円	負 債	円													

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」には、世帯が別の配偶者又は内縁関係のものを含まず。
- (2) 預貯金等については、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、すべての通帳等の写しを添付してください。
- (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。

※裏面、同意書の内容をご確認の上、ご記入及び捺印をお願いします。

(裏)

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、信託会社その他の機関に、私及び配偶者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等について照会することに同意します。

湯河原町長 あて

年 月 日

(本人) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(配偶者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代筆者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印 (続柄)