

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			保険者番号			0	1	4	6	9	6	
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	日生	性別	男・女						
住所	〒 電話番号 ( )											
申請時施設区分 (□にレをつけてください。)	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 短期入所利用 <input type="checkbox"/> その他施設 ( )											
介護保険施設の所在地及び名称	電話番号 ( ) ※この欄は介護保険施設に入所（入院）しない場合には記入不要です。											
入所年月日	年 月 日 ※この欄は介護保険施設に入所（入院）しない場合には記入不要です。											
配偶者 ※右欄において「無」の場合は記入不要です	有・無	フリガナ							性別	生年月日		
		氏名							男・女	明治・大正・昭和 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)										
		介護保険被保険者番号										
収入等・預貯金等に関する申告	裏面申告書のとおり											
美深町長 様 上記のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額の認定を申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名 印 電話番号												

- 【注意】 1. この申告書における「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. 年度途中において税更正等を行った場合は、遡って、負担限度額段階を変更する場合があります。

※町 記入欄

確 認	備 考
<input type="checkbox"/> 税証明(他市町村に居住している配偶者) <input type="checkbox"/> 通帳等の写し <input type="checkbox"/> 同意書	

審 査				入 力
本人世帯	非課税・課税	収入 円	所得 円	/
配偶者	非課税・課税	収入 円	所得 円	
資産	範囲内・超過	円		
決 定	番 号	適 用 期 間		
承認・却下		令和 年 月 日		
		～ 令和 年 月 日		

# 収入等申告書

## 1 市町村民税課税状況

本人世帯	課税	・	非課税	・	生活保護受給
配偶者	課税	・	非課税	・	生活保護受給

## 2 本人の預貯金等状況

区分	有無	内 容	
預貯金	<input type="checkbox"/> 有	預貯金先	預貯金額
		[ 支店]	円
		[ 支店]	円
	<input type="checkbox"/> 無	[ 支店]	円
国債等	<input type="checkbox"/> 有	種 類	評価概算額
	<input type="checkbox"/> 無		円
その他	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		円

## 3 配偶者の預貯金等状況

区分	有無	内 容	
預貯金	<input type="checkbox"/> 有	預貯金先	預貯金額
		[ 支店]	円
		[ 支店]	円
	<input type="checkbox"/> 無	[ 支店]	円
国債等	<input type="checkbox"/> 有	種 類	評価概算額
	<input type="checkbox"/> 無		円
その他	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		円

注1) 配偶者が、美深町以外の市町村に居住している場合は、税証明書を添付してください。

注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、通帳等の写しを添付してください。

書き切れない場合は、別紙に記入の上添付してください。

注3) 預貯金額等については、金融機関等に照会することがあります。

注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。