

# 介護保険負担限度額認定申請書

様式 39 号 (第 28 条関係)

平成 年 月 日

(宛先) 田村市長

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。

年度
----

フリガナ		被保険者番号																		
被保険者氏名 (申請者)		個人番号																		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女																	
住所	〒																			
	電話番号																			
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	〒																			
	電話番号																			
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、記入不要です。																		
配偶者に関する事項	フリガナ	個人番号																		
	氏名	生年月日										明・大・昭・平 年 月 日								
	住所	〒																		
		電話番号																		
	市町村民税賦課期日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒																	本年1月1日(申請が1月から7月までの場合は前年1月1日)時点の住所を記入してください。	
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税																			

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(夫婦は合計2,000万円)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)		(内容 )		円								

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

提出者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
提出者住所(事業所が提出する場合、事業所名及び所在地) 〒	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、別世帯の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。

	備考	受付	入力	確認
保険者 確認欄				

**※裏面の同意書にも記入、押印してください。**

# 同意書

(宛先) 田村市長

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、田村市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。

平成 年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印