

※1 裏面に確認書類(通帳等の写し)を添付してください。

令和3年度新規

国立市長 様

介護保険負担限度額認定申請書

申請年月日

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。

令和 年 月 日

Table with fields: フリガナ, 被保険者番号, 被保険者氏名, 個人番号, 生年月日, 住所, 連絡先, 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※), 入所(院)年月日(※)

Main application form with sections: 配偶者の有無, 生活保護を受給されている方は不要です, 収入等に関する申告, 預貯金等に関する申告

資産等の調査に対する同意欄

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及び保有する預貯金並びに有価証券等の残額について、照会することに同意します。

Table for asset investigation consent with columns: 本人, 氏名, 住所, 配偶者, 氏名, 住所

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

Table for applicant information with fields: 申請者氏名, 連絡先(自宅・勤務先), 申請者住所, 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、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。
(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倍の加算金を徴収させていただくことがあります。

※1 裏面に確認書類(通帳等の写し)を添付してください。