

(表)
介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先)中央区長

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。

令和5年度用

Table with fields: ふりがな, 被保険者番号, 個人番号, 生年月日, 住所, 電話番号

※ 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のみを利用している場合は、施設名等の記載は不要です。

Table with fields: 入所(院)した介護保険施設 ※, 所在地名称, 電話番号, 入所(院)年月日 ※, 入所(院)した施設の種類, 特別養護老人ホーム, 介護老人保健施設, 介護療養型医療施設, 介護医療院, その他(ショートステイ)

Table with fields: 配偶者の有無, 有・無, 配偶者に関する事項, ふりがな, 氏名, 住所, 個人番号, 生年月日, 課税状況, 区市町村民税, 課税・非課税, 本年1月1日現在の住所

Table with fields: 収入等に関する申告, 預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添のとおり, ①生活保護受給者, ②区市町村民税世帯非課税, ③課税年金収入額, ④課税年金収入額, ⑤課税年金収入額, 預貯金額, 有価証券等, 負債(住宅ローン等), 現金

※ 申請者が被保険者本人の場合には、記載は不要です。

Table with fields: 申請者住所 ※, 申請者氏名 ※, 続柄(), 電話番号

(注 意)

- 1 預貯金額については、預貯金等を複数所有している場合は、その合計額を記入してください。
2 有価証券等には、合同運用信託、公募公社債等運用投資信託を含みます。
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、支給された額及びその額の最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。
4 裏面の同意書に自署の上、提出してください。

区 処 理 欄

Table with columns: 世帯状況, 課税状況, 介護保険施設の種類, 提出書類等

ご注意！
申請書裏面の同意書に同意いただけませんと、認定を行うことができません。

(裏)

同意書

(宛先) 中央区長

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、中央区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。

年 月 日

(本人)

住所

氏名

(配偶者)

住所

氏名

(注) 本人及び配偶者の氏名は、自署してください。ただし、成年被後見人等にあつては、本人に代わって法定代理人が署名することができます。