

(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6年度用

Table with fields for 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 for 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.

Table for 配偶者の有無 and 配偶者に関する事項, including fields for 有・無, ふりがな, 氏名, 住所, 課税状況.

Table for 収入等に関する申告 and 預貯金等に関する申告, including checkboxes for various income types and fields for 預貯金額, 負債, 有価証券等.

※ 申請者が被保険者本人の場合には、記載は不要です。

Table for 申請者住所 and 申請者氏名, including fields for 続柄 and 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 for 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。