

(宛先) 鹿角市長

令和 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。

フリガナ, 被保険者番号, 被保険者氏名, 住所, 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称, 配偶者の有無, 配偶者に関する事項, 課税状況

収入等に関する申告, 生活保護受給者, 預貯金等に関する申告, 預貯金額, 有価証券, その他

※裏面の同意書も記入してください。(記入漏れの場合は判定出来ません。)

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, 提出者住所, 電話番号, 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。

鹿角市確認欄, 生活保護, 境界層, 特例減額, 預貯金, 本人, 世帯, 配偶者, 負担段階, 適用開始, 備考, 入力, 発行, 交付

(裏面)

同意書

鹿角市長 殿

- 1 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、信託会社その他関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（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。
- 2 貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。
- 3 私（被保険者本人）が負担すべき限度額について、利用しているサービス提供事業者に対して市が必要に応じて情報提供することに同意します。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名