

(R3.8月以降) 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

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。

被保険者情報表: フリガナ, 氏名, 生年月日, 性別, 住所, 連絡先氏名, 連絡先電話番号, 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称, 入所(院)の年月日

配偶者の有無: 有・無, 申請理由, 収入に関する申告, 預貯金等に関する申告

申請理由: 市民税非課税世帯, 生活保護受給者, その他
収入に関する申告: 遺族年金の受給, 障害年金の受給
預貯金等に関する申告: 預貯金, 有価証券, その他

※通帳等の写しを添付してください (夫婦は合計額を記入し、2人分の写しを添付)
※同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください
【注意事項】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、支給された額を返還していただくとともに最大2倍の加算金を徴収することがあります。

佐倉市記入欄: 介護認定, 生保, 課税状況, 非課税年金, 課税年金収入+合計所得, 適用段階, 確認者, 本人確認欄, 資産(単身・配偶者有), 備考欄

同意書

(宛先) 佐倉市長

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、当該報告の求めに対し、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。

年 月 日

<被保険者>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

以下の項目について、申請書提出前に必ず御確認の上、確認後はチェック欄

(□) に ✓ を入れてください。

ご記入いただきました項目に記載漏れ、記載誤りがないか再度御確認ください。

添付書類に漏れがないか御確認ください。

※お持ちのすべての通帳について、

- ① 表紙をめくった(口座名義人の氏名・金融機関名・口座番号が確認できる)ページ
- ② 2か月以内に記帳した最終残高が確認できるページ(普通・定期等)
- ③ (年金受取口座の場合) 最新の年金振込記載のあるページ