

介護保険負担限度額認定申請書

尼崎市長 あて 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。

被保険者に関する事項 フリガナ 氏名 生年月日 住所 電話番号 入所(院)している介護施設の名称 状況 年金種類

配偶者に関する事項 有無 氏名 1月1日の住所 生年月日 市民税の状況

預貯金等に関する申告 65歳以上の(年金収入額+その他の合計所得金額) 65歳未満の人 本人 配偶者 預貯金額 現金他 株式・投信・国債等

連絡先 ※申請書の内容についてご回答いただける方 ※日中連絡がとれる電話番号をご記入ください 氏名 住所 携帯() 自宅() 本人との関係

【注意事項】

- ①預貯金等の申告について、書ききれない場合は、余白にご記入頂くか別紙にご記入の上、添付してください。また、口座を複数保有している場合は、そのすべてをご記入の上、コピーを添付して下さい。
②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(介護保険負担限度額の認定)を受けた場合は、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。

同意書

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高について、照会することに同意します。

(本人) 住所 氏名 (配偶者) 住所 氏名

※お持ちの通帳全て提出(配偶者分も) ※通帳記入後コピーをして添付

- ①見開きページ(銀行名、支店名、名前がわかるページ)
②最新残高日から過去2か月分の取引がわかるページ
③定期預金ページも残高の有無にかかわらず必要
※成年後見人等は別途登記事項証明書が必要です

受付印

★これより尼崎市記入欄

申請確認 代理権確認 申請者確認 番号確認 1.委任状 2.登記事項証明書(*) 3.本人確認書類 保(社・国・後・介)年金・診・キャ・クレ・通帳・他() 1点 個・免・旅・手・他() 2点 保(社・国・後・介)年金・通帳・他() 1.個人番号カード 2.通知カード 3.住民票等 4.他()

本人および配偶者名義のすべての通帳コピーが必要
(通帳1冊につき下記①②③の箇所をA4サイズでコピー)

①通帳の見開き(表紙をめくったページ)

□座名義人 (アマガサキ ハナコ)

店番 △△△ ●●●銀行
□座番号 □□□□□□□□ ○○○支店

②通帳記入のうえ最新残高が記載された期日から
過去2か月分の取引がわかるページ

年月日	お取引内容	お支払金額	お預かり金額	差し引き残高
20△□-3-1	○○○○		10,000	1,200,000
20△□-3-27	○○○○	3,000		1,197,000
20△□-○-○	○○○○	5,000		1,192,000
20△○-○-○	○○○○	6,000		1,186,000
20△○-4-15	国民年金		150,000	1,336,000
20△○-○-○	○○○○	7,000		1,329,000
20△○-○-○	電気代	8,000		1,321,000
20△○-○-○	ガス代	9,000		1,312,000
20△○-○-○	○○○○	10,000		1,302,000
20△○-○-○	○○○○	11,000		1,291,000
20△○-○-○	○○○○	12,000		1,279,000
20△○-○-○	○○○○	150,000		1,129,000
20△○-6-5	○○○○		50,000	1,179,000
20△○-6-5	○○○○	1,000		1,178,000
20△○-6-5	○○○○		20,000	1,198,000

最新の残高

③定期預金ページも残高の有無にかかわらず必要

(預入あり：記載箇所すべて 預入なし：定期1ページ目の白紙部分)

※定期証書、積立定期、投資信託、株、国債などもあれば必要