様式第19号（第12条関係）（表）

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

別 府 市 長　あて

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	ベップ　タロウ	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
被保険者氏名	別府　太郎	個人番号	
		生年月日	O年　O月　O日
住所	（〒 874 － OOOO ） 別府市上野口OOOO	電話番号	OO－OOOO
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	所在地	（〒 874 － OOOO ） 別府市火売OOOO	電話番号 OO－OOOO
	名称	OOOO	（特養・特養（地域）・老健・療養型・介護医療院・ショート）
入所（院）年月日（※）	O 年　O 月　O 日	（※）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を利用している場合は、記入不要です。	

配偶者の有無	有　・　無	配偶者の有無が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」に
配偶者に関する事項 フリガナ	ベップ　ハナコ	
氏名	別府　花子	
生年月日	O年　O月　O日	
住所	（〒　－　） 同上	
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	（〒　－　）	
課税状況	市町村民税　課税　・　非課税	

住民票上世帯が異なる配偶者や、内縁関係の方も含みますので、必ずご記入ください。
※戸籍照会・所得照会等を行う場合がございます。
※一方が施設に入所していて、住所が被保険者と異なる場合も対象となります。

収入等に関する申告	記入不要です				
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	預貯金額	2,850,000 円	有価証券（評価概算額）	円	その他（現金・負債を含む） （　）※ 円 ※内容を記入してください。

別府市記入欄（支1・支2・[illegible]4・5）　課税区分　本人：　世帯：

決裁年月日	[illegible]日	適用年月日	年　月　日
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]（段階）

ご本人と配偶者の名義のすべての預貯金等の合計金額を記載してください。
※　ご本人と配偶者の名義のすべての通帳のコピーを添付してください。
（年金が入った通帳だけではなく、すべての通帳が必要です。）
※　虚偽の申告をされた場合は、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。

裏面もご記入ください

（裏）

同　意　書

別府市長　あて

介護保険負担限度額認定のために必要があるときには、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。）に配偶者の有無、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、別府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

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

フリガナ		事業所が提出する場合は名称等を記入	
申請者氏名		電話番号	
申請者住所	〒	本人との関係	

申請書の提出について、上記の者を代理人として委任します。

氏名　　印

注意事項

(1)　この申請における「配偶者」については、世帯分離をしている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所有している場合は、その全てを記入してください。

(3)　書ききれない場合は、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。