

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

記入日

令和〇 年 〇 月 〇 日

(申請先)

伊佐市長 殿

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係

個人番号カード又は、通知カードで確認してください。不明な場合は未記入で可。

Application form for the insured person, including fields for name (伊佐 太郎), birth date (昭3年1月3日), address (伊佐市大口里1888番地), and contact information.

Spouse information section, including marital status (有), spouse name (伊佐 花子), birth date (昭3年3月3日), address, and tax status (非課税).

Income and tax declaration section, including a declaration of non-taxable pension and a table for reporting income from various sources.

Pre-savings and assets section, including a table for reporting pre-savings amounts and other assets.

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。

Applicant information section, including name and contact details.

Instructions for the applicant regarding the preparation of documents and the accuracy of the information provided.

Instructions regarding the reporting of pre-savings and assets, and the consequences of providing false information.

希望する認定証の送付先を〇で囲ってください

認定証送付先 【施設】 自宅・申請者・その他

記入例

同意書

伊佐市長 殿

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、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。

令和〇年〇月〇日

記入日

本人

被保険者

住所

氏名



配偶者

被保険者の配偶者

住所

氏名



ご本人様の署名でない場合は、  
押印が必要です。  
※ゴム印・シヤチハタ不可

※署名でない又は代筆の場合は、記名押印してください。