|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 保険者番号 | １１３４６４ |
| 被保険者氏名 | 　　　　　　　　　　　　 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |  |
| 住　所 | 〒川島町　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号049－ |
| 介護保険施設の所在地及び名称（※） | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 入所（入院）年月日（※） |  | ※介護保険施設に入所（入院）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。 |

川島町長　　宛て

**介護保険負担限度額認定申請書**

フリガナ

上記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の申請をします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配偶者の有無（※） | 有　　・　　無 | ※左記において「無」の場合には、下記の「配偶者に関する事項」については、記入不要です。 |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 氏　名 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　所 | 被保険者と異なる場合にご記入ください　　　電話番号 |
| 本年1月1日現在の住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |  |
| 課税状況 | 町民税課税　　・　　町民税非課税 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 電話番号： |
| 申請者住所 |  | 本人との関係： |

川島町長　宛て

　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、年金保険者または銀行、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（内縁関係の者も含む。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、川島町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。

**同意書**

　　　　　　年　　　月　　　日

【本人】　　住所

　　　　　　氏名

【配偶者】　住所

　　　　　　　氏名