

介護保険負担限度額認定申請書

「預貯金等に係る通帳等の写し」台紙

(フリガナ) 被保険者氏名	()	被保険者番号																	
------------------	-----	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

◆本人及び配偶者が所有する全ての預貯金等に係る通帳等の写しを貼り付けてください。

1冊目

のりしろ
① 表紙をめくって1ページ目（銀行名・支店名・口座番号・名義が確認できる部分）

のりしろ
② 最新の残高が確認できるページ（申請日から2ヶ月以内に記帳したもの）

2冊目

のりしろ
① 表紙をめくって1ページ目（銀行名・支店名・口座番号・名義が確認できる部分）

のりしろ
② 最新の残高が確認できるページ（申請日から2ヶ月以内に記帳したもの）

3冊目

のりしろ
① 表紙をめくって1ページ目（銀行名・支店名・口座番号・名義が確認できる部分）

のりしろ
② 最新の残高が確認できるページ（申請日から2ヶ月以内に記帳したもの）

4冊目

のりしろ
① 表紙をめくって1ページ目（銀行名・支店名・口座番号・名義が確認できる部分）

のりしろ
② 最新の残高が確認できるページ（申請日から2ヶ月以内に記帳したもの）

*台紙が不足する場合は、通常のA4サイズの内紙に上記と同じ要領で貼り付けてください。その際は、内紙の上部に「被保険者氏名」及び「被保険者番号」を記入してください。