

行方不明者証明書

聖籠町長 様

私は、下記の介護保険負担限度額認定の申請者の配偶者が証明日において行方不明であることを証明します。なお、申請者は、下記留意事項を理解した上で申請しています。

〇〇年〇〇月〇〇日

記

1. 証明者

所属・職名	〇〇居宅介護支援事業所 ・ 介護支援専門員		
氏名	〇〇 〇〇		
証明することができる理由	例：申請者の申出により把握し、町保健師に確認したところ、〇〇年ごろから行方不明であるとの証言を得られたから。		

2. 介護保険負担限度額認定の申請者（被保険者）

住所	聖籠町大字諏訪山〇〇番地〇〇		
氏名	〇〇 〇〇		
性別	男	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日

3. 行方不明である者

住所	新発田市〇〇番地〇〇（「居所不明」でも可）		
氏名	〇〇 〇〇		
性別	女	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日

4. 留意事項

- 行方不明であることが虚偽であった場合、当該認定は遡及して取り消されます。
- 虚偽の申告により不正に当該認定に係る介護給付を受給した場合、不正に受給した額に、その額を最大2倍した額を加算した額を返還しなければなりません。
- 返還金の消滅時効は、食費等の支払日の翌日から5年間です。

以上