

介護保険負担限度額認定申請書（特例減額措置用）

年 月 日

フリガナ			被保険者番号	
被保険者氏名			個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日			
住 所	〒		電話番号	
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)			電話番号	
入所(院)年月日(※)	年 月 日	居室の種類	1. ユニット型個室 2. ユニット型個室的多床室 3. 従来型個室 4. 多床室	
入間市長 様 上記のとおり食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定（特例減額措置）を申請します。 年 月 申請者 住所 〒 本人との関係 氏 名 電話番号				

市記入欄

書類チェック事項	<input type="checkbox"/> 同意書	<input type="checkbox"/> 利用見込見積書	<input type="checkbox"/> 預貯金通帳	<input type="checkbox"/> 資産等の申告
----------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

世帯年間収入(A)		特例限度額を適用しない場合の 利用負担見込み年額(B)	
被 保 険 者	課税年金収入	施設サービス費	
	非課税年金	食 費	
	その他の収入	居 住 費	
配 偶 者	課税年金収入	居住用の家屋以外の資産の有無	有 ・ 無
	非課税年金	介護保険料の滞納	有 ・ 無
	その他の収入		
預貯金の合計額		負債の額	
世帯構成	人	(A) - (B)	> = < 800,000円
判定	該 当 (食費のみ・居住のみ・食費及び居住) 非該当	非該当 理由	
交付年月日	適用年月日	有効期限	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	

同意書

(宛先) 入間市長

介護保険負担限度額認定(特例減額措置)のために必要があるときは、銀行、官公署、年金保険者、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、有価証券等について、報告を求めることに同意します。

また、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

注意事項

- (1)この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者及び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保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書ききれない場合は、余白に記入するか、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。

申請者氏名		電話番号
申請者住所	〒	本人との関係

※申請者の身分の分かる書類(マイナンバーカード・運転免許書等)のコピーを添付してください。