**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 | 　□同意書　　□利用見込見積書　　□預貯金通帳　　□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 |  |
| 交付年月日年　　月　　日 | 適用年月日　　　　　　年　　月　　日 | 有効期限　　　　　　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。

　⑵　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。

　⑶　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。

　⑷　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。**