

記入例

介護保険負担限度額認定申請書（特例減額措置用）

令和4年 5月 1日

フリガナ	イルマ ハナコ	被保険者番号	0000234567
被保険者氏名	入間 花子	個人番号	
生年月日	明・大・昭 10年 12月 31日	記入は不要です。	
住所	〒358-8511 入間市豊岡1-16-1	電話番号	04-1234-5678
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	施設入所している場合は施設名を記入		
入所(院)年月日(※)	平成30年 4月 1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。 令和4年 5月 1日 申請者 住所 〒358-0015 埼玉県入間市二本木 100 本人との関係 子 氏名 入間 いるていー 電話番号 090-1234-567			

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 非該 当	(食費のみ・居住のみ・食費及び居住)	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。

令和4年5月1日

本人住所 入間市豊岡1-16-1
氏名 入間 花子

配偶者住所 入間市豊岡1-16-1
氏名 入間 太郎
代筆者 埼玉 いるていー

同意書を必ず読んで、署名をお願いします。
記載のない場合は受付できません。
代筆の場合は、署名欄外に
代筆者 ○○ ○○と書き添えてください。

注意事項

- 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。
- 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。
- 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。
- 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	入間 いるていー	電話番号 090-1234-5678
申請者住所	〒358-0015 埼玉県入間市二本木 100	本人との関係 子

※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。

免許証や保険証などのコピーが必要になります。
添付がなかった場合は1度返却させていただきます。