

記入例

介護保険負担限度額認定申請書
(特例減額措置用)

関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

①

新規・更新・変更

②個人番号

③ 被保険者名前		④ 被保険者番号									
フリガナ カイゴ タロウ		0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
介護 太郎		⑤ 生年月日 1913年10月10日									

⑥ 被保険者住所

福山市東桜町 丁目3番5号
番地
電話番号 (084)928-1166

介護保険施設の名称	所在地	入所(院)年月日
⑦ 特別養護老人ホーム ○○○園	○○市○○町○○番地	2011年○月○日

⑧ 配偶者の有無 有 無 ※「無」の場合、「配偶者について」欄は記入不要です。

配偶者について	フリガナ	カイゴ ハナコ	⑩ 個人番号								
	名前	⑨ 介護 花子	⑪ 生年月日	1913年	10月	10日					
			⑫ 市町村民税課税状況	<input type="checkbox"/> 課税		<input checked="" type="checkbox"/> 非課税					
	住所	⑬ 福山市東桜町	丁目	3	番	5	号				
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合のみ記入)		丁目	番 号							
	⑭	○○市○○町○○番地									

⑮ 受給している年金の保険者

日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済

⑯ 遺族年金・障がい年金受給の有無 有 【遺族年金・障がい年金】(受給している年金に○してください。) 無

提出者名前(本人の場合は記入不要)	被保険者との関係
⑰ 介護 はな	<input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 施設・事業所()

※ この申請書における「配偶者」は、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
※ 虚偽の申告により、不正に特定入所者介護(介護予防)サービス費の支給を受けたときは、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給を受けた額及び最大2倍の加算金を納めていただく場合があります。

※ 裏面に続く



- ① 初めて申請する方は「新規」に、認定証の更新で申請する方は「更新」に、所得等が変更したため申請する方は「変更」のいずれかに○印をしてください。
- ② 減額申請対象者となる、被保険者の個人番号を記入してください(記入が難しい場合は空欄でも可)。
- ③ 減額申請対象者となる、被保険者の名前およびフリガナを記入してください。
- ④ 減額申請対象者となる、被保険者番号を記入してください。
- ⑤ 減額申請対象者となる、被保険者の生年月日を記入してください。
- ⑥ 減額申請対象者となる、被保険者の住所および電話番号を記入してください。
- ⑦ 介護保険施設の名称、所在地および入所年月日を記入してください。
- ⑧ 配偶者がいる場合は「有」に、配偶者がいない場合は「無」にチェックしてください。
- ⑨ 配偶者の名前およびフリガナを記入してください。
- ⑩ 配偶者の個人番号を記入してください(記入が難しい場合は空欄でも可)。
- ⑪ 配偶者の生年月日を記入してください。
- ⑫ 配偶者が市町村民税課税者の場合は「課税」に、非課税者の場合は「非課税」にチェックしてください。
- ⑬ 配偶者の現住所を記入してください。
- ⑭ 配偶者の住所が本年1月1日現在の住所と異なる場合、1月1日現在の住所を記入してください。
- ⑮ 受給している全ての年金の保険者に○してください。
- ⑯ 遺族年金・障がい年金を受給している場合は「有」に、受給していない場合は、「無」にチェックしてください。「有」の場合、受給している年金に○してください。
- ⑰ 提出者の名前および被保険者との関係を記入してください。

同意書

福山市長様

介護保険負担限度額認定(特例減額措置)に関して必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私の世帯及び配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の所得、課税状況及び年金収入金額、老齢福祉年金及び生活保護の受給の有無並びに保有する預貯金及び有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、福山市の報告要求に対し、銀行等が報告をすることについて、私及び配偶者並びに世帯員が同意している旨を銀行等に伝えることは差し支えありません。

また、特定入所者介護(介護予防)サービス費の請求業務等により必要があるときに限り、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又はサービス提供事業者に対し、認定結果を伝えることに同意します。

○年 ○月 ○日

⑱ 住所 福山市東桜町3番5号

被保険者名前
(申請者) 介護 太郎

介護印

⑲ 住所 福山市東桜町3番5号

配偶者名前 介護 花子

介護印

⑳ 住所

世帯員名前 印

住所

世帯員名前 印

- 申請者本人及び配偶者並びに世帯員の預貯金額が分かる通帳の写し(A4判)を添付してください。(写しは、①金融機関名・支店・口座番号・名義が分かる部分と②申請日の直近から2か月前までの期間の残高が分かる部分が必要です。)
- 施設の利用者負担の見込みについては、施設の契約書の写しを添付してください。
- 申請書(表面)の「有価証券」、「負債」、「その他」欄に金額を記入した場合は、その額が分かる書類の写し(A4判)を添付してください。

⑱ 申請者(認定申請対象者となる被保険者)の住所・名前を記入し押印してください。

⑲ 配偶者がいる場合は、配偶者の住所・名前を記入し押印してください。

⑳ 世帯員がいる場合は、世帯員の住所・名前を記入し押印してください。