

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(特例減額措置)を申請します。

新規・更新・変更

個人番号														
被保険者名前						被保険者番号								
フリガナ														
						生年月日		年		月		日		
被保険者住所														
市			町			丁目			番			号		
番地						電話番号 () -								
介護保険施設の名称						所在地			入所(院)年月日					
配偶者の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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					個人番号								
	名前					生年月日		年		月		日		
						市町村民税課税状況			<input type="checkbox"/> 課税		<input type="checkbox"/> 非課税			
	住所					丁目		番		号				
					番地									
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合のみ記入) 市 町 丁目 番 号 番地														
受給している年金の保険者														
<input type="checkbox"/> 日本年金機構			<input type="checkbox"/> 地方公務員共済			<input type="checkbox"/> 国家公務員共済			<input type="checkbox"/> 私学共済					
遺族年金・障がい年金受給の有無		<input type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> 無												
提出者名前(本人の場合は記入不要)						被保険者との関係								
						<input 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。
 ※ この申請書における「遺族年金」は、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、及び遺児年金を含みます。
 ※ 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

福山市記入欄(この欄は記入しないでください。)

受付時確認欄		審査・入力等確認欄				
受付	添付書類等	別世帯課税配偶者	市民税世帯課税状況	生保・老齢年金受給		特例減額
	<input type="checkbox"/> 通帳の写し <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 有(生・老) <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 該当
		預貯金など	<input type="checkbox"/> 課税	遺族年金・障害年金 適用期間		<input type="checkbox"/> 非該当
受付者名		<input type="checkbox"/> 基準以下	年金収入・所得状況	<input type="checkbox"/> 有(遺・障)		入力
		<input type="checkbox"/> 基準超	円	<input type="checkbox"/> 無		年月日~ 年月日

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

住 所

被保険者名前
(申請者)

住 所

配偶者名前

住 所

世帯員名前

住 所

世帯員名前

- 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。
- 収入状況等申告書(別紙)の「有価証券」、「債権」、「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。