様式第　　号

介護保険負担限度額認定申請書
（特例減額措置による負担限度額認定）

フリガナ		保険者番号		2	2	2	1	4	1	
被保険者氏名		被保険者番号								
生年月日	明・大・昭　年　月　日生	性別	男　・　女							
住所	〒 電話番号									
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 電話番号									
入所する居室の種別	1　ユニット型 2　ユニット型準個室	3　従来型個室 4　多床室								
入所（院）年月日（※）	年　月　日									
特例減額措置による負担限度額申請事由	以下の要件にすべて該当するため。 1. 市民税課税者がいる世帯で、世帯員の公的年金等の収入金額と他の合計所得金額の合計額から、施設入所の一割負担額、食費、居住費の合計を差し引いた額が、年額８０万円以下となること。 2. 世帯の現金、預貯金等の額が、４５０万円以下であること。 3. 世帯で居住用の土地・家屋等以外に、“収入を補うことができる資産”を所有していないこと。 4. 介護保険料を滞納していないこと。									

藤枝市長様

上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。

平成　年　月　日

申請者　住所　氏名　電話番号

※　介護保険施設に入所（院）しない場合には、記入は不要です。

市記入欄

交付年月日	（所得分布の状況等）		
年　月　日			
適用年月日	利用者負担段階	居住費	食費
年　月　日から	第　段階	円	円
有効期限	結果	確認	
	承認・不承認		

この申請書以外に、所定の“収入・資産申告書”を添付すること。