

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	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 宛 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。 年 月 日 住 所 申 請 者 電話番号 氏 名									

※ 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。