

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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 ユニット型 2 ユニット型準個室 </div> <div> 3 従来型個室 4 多床室 </div> </div>								
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 80.9 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。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>年 月 日</div> <div>住 所</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>申 請 者</div> <div>電話番号</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>氏 名</div> <div></div> </div>									

※ 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。

年 月 日

藤 枝 市 長 様

住 所
申請者（施設入所者）
氏 名

印

収 入 ・ 資 産 申 告 書

次のとおり、私及び世帯員の収入、資産を申告します。

1 本人、世帯員の前年中の収入について

氏 名	給与収入	年金収入	その他所得	その他収入
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円

※ 年金収入は、恩給、障害年金、遺族年金等すべての年金の金額を含みます。

※ その他収入は、仕送りなど定期的に収入される金額を記載してください。

2 居住用の土地・建物等以外に“収入を補うことができる資産”の有無とその評価額について

区 分	活用できる資産	評価額（ 年 月 日現在）
土 地	有 ・ 無	円
建 物	有 ・ 無	円
そ の 他	有 ・ 無	円

3 本人、世帯員の預貯金、有価証券、所持金の額について（ 年 月 日現在）

氏 名	預貯金額	有価証券の額	債権の額	所持金額
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円

4 施設入所サービスで掛かる費用について

入所者氏名	一割負担額	食 費	居 住 費
	円	円	円

－ 添 付 書 類 －

- ① 1について、年金収入があるときは、公的年金等源泉徴収票または年金支払い通知書
- ② 3について、預貯金通帳の写し、有価証券、債権の額面がわかるもの
- ③ 5について、施設入所の契約書の写し（利用者負担見込額がわかるもの。）