

**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 被保険者氏名		保険者番号				2	2	2	1	4	1
		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80.9万円以下となること。 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。										
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。

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。）