**介護保険負担限度額認定申請書【特例減額措置用】**

様式第24号-2（第15条関係）

（申請先）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 愛媛県宇和島市長　様 | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。 | | | | | | | | | | | 年度 | | | | | |
| フリガナ  被保険者氏名 | |  | 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日 | | 年　　月　　日生 | 性別 | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連 絡 先（　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設の利用状況 | 施　設　名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連 絡 先（　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | | |
| 居室区分 | １　ユニット型個室　　２　ユニット型個室的多床室　　３　従来型個室　　４　多床室 | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 減額認定証送付先 | | １　上記入所施設　　　２　その他（〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　方） | | | | | | | | | | | | | | |
| 非課税年金の受給状況 | | 遺族年金・障害年金の受給の有無を記入してください。受給有ありの場合は、該当する年金の種類を○で囲んで下さい。  □　受給なし　　　□受給あり【　遺族年金　　・障害年金　】 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 配偶者の有無 | | 有　・　無 | 内縁関係の場合も含みます。  配偶者が「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  | | 市町村民税課税状況 | | | | | 課税　・　非課税 | | | | | | | | |
| 氏　　　 　名 |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | | 個人番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連 絡 先（　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本年１月１日現在の住所（現住所と異なる場合） |  | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 世　帯　構　成 | 同一世帯に属する全員（被保険者、配偶者以外の世帯員）の氏名を記入してください。  （※被保険者が施設に入所することにより世帯分離をした場合は、入所前の世帯に属する方） | | | |
| フ リ ガ ナ | 被保険者との関係 | 性別 | 生年月日 | 住所・電話番号 |
| 氏　　　　名 |
|  |  | 男  女 | 年　　月　　日 | 〒  （　　　　）　　　　　－ |
|  |
|  |  | 男  女 | 年　　月　　日 | 〒  （　　　　）　　　　　－ |
|  |
|  |  | 男  女 | 年　　月　　日 | 〒  （　　　　）　　　　　－ |
|  |
|  |  | 男  女 | 年　　月　　日 | 〒  （　　　　）　　　　　－ |
|  |

申請内容について、確認する必要ができた場合の問合せ先を記入してください。※連絡先は日中連絡がつく連絡先としてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 問い合せ先 | 氏　　　　名 |  | 電話番号（ 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 ） |
| 被保険者との関係 |  |

**※裏面の同意書にも記入してください。**

**同　意　書**

愛媛県宇和島市長　様

　介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、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。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。)、私の世帯員（入所前含む。）の課税状況及び保有する預貯金並びに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、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者、私の世帯員が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

　　　　　年　　　月　　　日

　　　＜本人＞

　　　　　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）

　＜配偶者＞

　　　　　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）

　＜世帯員＞

　　　　　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）

　＜世帯員＞

　　　　　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）

　　　　　※　本人が手書きしない場合は、記名押印してください。