

(表面) **介護保険負担限度額認定申請書【特例減額措置用】**

(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																							
	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																							
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。受給有りの場合は、該当する年金の種類を○で囲んで下さい。 <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 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 氏名	被保険者との関係	性別	生年月日	住所・電話番号																
.....	.....	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、確認する必要がある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。

問い合わせ先	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。

(裏面)

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。