

(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	〒 ..... 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	.....		個人番号															
	生年月日	年 月 日生		.....															
	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。