

介護保険負担限度額認定申請書（特例減額措置）

・町田市長様

次のとおり食費・居住費にかかる負担限度額認定を申請します。

・被保険者本人について

フリガナ		被保険者番号	/	/											
被保険者氏名		個人番号													
		生年月日	明・大・昭	年	月	日									
住所	〒										性別	男・女			
施設の名称															
施設所在地	〒														
居室のタイプ	ユニット型個室 ・ ユニット型個室的多床室 ・ 従来型個室 ・ 多床室														
連絡先	連絡先氏名									電話番号					
	本人との関係									※連絡先は、日中連絡がつく連絡先としてください。					

・同一世帯員について（本人が入所する直前に同居していた方のみ）

フリガナ		本人との続柄									性別	男・女		
世帯員① 氏名		個人番号												
		生年月日	明・大・昭	年	月	日								
住所	〒													
フリガナ		本人との続柄									性別	男・女		
世帯員② 氏名		個人番号												
		生年月日	明・大・昭	年	月	日								
住所	〒													

・上記の同一世帯員の中で、介護保険施設に入所している方がいる場合は記入ください。

世帯員氏名														
施設の名称														
施設所在地	〒													
居室のタイプ	ユニット型個室 ・ ユニット型個室的多床室 ・ 従来型個室 ・ 多床室													

※市記入欄（以下の欄には記入しないでください。）

添付書類	<input type="checkbox"/> 預貯金通帳	<input type="checkbox"/> 収入証明	<input type="checkbox"/> 重説・契約書	<input type="checkbox"/> 同意書
各種要件	<input type="checkbox"/> 預貯金要件	<input type="checkbox"/> 資産要件	<input type="checkbox"/> 滞納要件	

特例減額措置における収入及び預貯金等申告書

町田市長 様

年中の世帯の収入及び世帯の預貯金等について、下記のとおり申告します。

・世帯の収入

氏名	年中の収入			合計
	年金	給料	その他収入	
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
世帯合計				円

□上記に記載した収入額を確認できる資料を添付してください。

・世帯の預貯金・現金・有価証券

口座名義人	金融機関名	預貯金額
		円
		円
		円
		円
預貯金額合計		円
現金・タンス預金		円
有価証券（株式・債権など）		円
世帯合計		円

□預貯金額と有価証券の評価額を確認できる資料を添付してください。

・その他確認事項（はい・いいえのどちらかに○をつけてください）

日常生活のために必要な資産以外に活用できる資産は所有していますか。	はい・いいえ
本人及び世帯員は介護保険料を滞納していませんか。	はい・いいえ

上記内容に、相違ありません

年 月 日

被保険者氏名 ⑩

世帯員氏名 ⑩

世帯員氏名 ⑩