

# 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 この被保険者本人の記入欄は、特例減額を受ける方の情報を記入してください。

フリガナ	マチダ カイゴコ	被保険者番号	/	/	0	0	0	1	2	3	4	5	×	×
被保険者氏名	町田 介護子	個人番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	×	×
		生年月日	明・大・昭			3		年		2		月		1
住所	〒194-0852 町田市中町1-20-23特別養護老人ホーム マチダ													
施設の名称	特別養護老人ホーム マチダ													
施設所在地	〒194-0852 町田市中町1-20-23特別養護老人ホーム マチダ											住民票の住所を記入してください。		
居室のタイプ	ユニット型個室・ユニット型個室的多床室・ <u>従来型個室</u> ・多床室													
連絡先	連絡先氏名	町田 介護郎				電話番号	042-724-0001							
	本人との関係	長男				※連絡先は、日中連絡がつく連絡先としてくださ								

※記入が困難な場合は、市で記入します。個人番号(マイナンバー)12桁をご記入ください。

・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) 同居者の情報を記入してください。

フリガナ	マチダ カイゴ	本人との続柄	夫											
世帯員①氏名	町田 介護	個人番号	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	×	×
		生年月日	明・大・昭			2		年		3		月		1
住所	〒194-0852 町田市森野2-2-22													
フリガナ		本人との続柄												
世帯員②氏名		個人番号												
		生年月日	明・大・昭			年		月		日				
住所	〒													
同居者で、他に介護保険施設へ入所している方がいれば記載してください。いない場合は記入不要です。														

・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【記入例】

町田市長 様

20△△ 年中の世帯の収入を申告してください。

・世帯の収入

被保険者本人及び同居していた世帯員の収入を記入してください。  
また、申請時には、その収入を証明する書類を添付してください。

氏名	20△△ 年中の収入			合計
	年金	給料	その他収入	
町田 介護子	543,210 円	0 円	0 円	543,210 円
町田 介護	2,543,210 円	0 円	0 円	2,543,210 円
	円	円	円	円
世帯合計				3,086,420 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

被保険者本人及び同居していた世帯員の資産状況を記入してください。

口座名義人	金融機関名	預貯金額
町田 介護子	町田銀行(定期)	1,000,000 円
町田 介護	町田銀行(定期)	2,000,000 円
町田 介護	町田信用金庫	376,543 円
		円
預貯金額合計		3,376,543 円
現金・タンス預金		250,000 円
有価証券(株式・債権など)		0 円
世帯合計		3,626,543 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・ <b>いいえ</b>
本人及び世帯員は介護保険料を滞納していませんか。	<b>はい</b> ・いいえ

上記内容に、相違ありません

20△△ 年 7 月 4 日

被保険者氏名 町田 介護子

世帯員氏名 町田 介護

世帯員氏名

# 同意書

町田市長 様

介護保険負担限度額認定(特例減額措置)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。以下同じ。)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、町田市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

なお、銀行等からの報告の結果、預貯金等が一定金額(450万円)を超えていた場合、本申請に伴う認定開始日まで遡り、非該当になることを同意します。

20△△年 7 月 4 日

住民票の住所を記入してください。  
(被保険者証に記載されている住所と同じになります。)

〈被保険者本人〉

住所 町田市中町1-20-23特別養護老人ホーム マチダ

氏名 町田 介護子

〈世帯員〉

住民票の住所を記入してください。

住所 町田市森野2-2-22

氏名 町田 介護

〈世帯員〉

住所

氏名

## ・注意事項

虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

提出書類はコピーを取り、お手元に大切に保管してください。