

介護保険負担限度額認定申請書
(特例減額措置用)

フリガナ		確認番号	(市記入欄)
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日		
住 所	〒 ー 電話番号 ()		
石岡市長 あて 上記のとおり負担限度額認定申請（特例減額措置）をします。 負担限度額認定申請（特例減額措置）を行うにあたり、資産状況等について別紙のとおり申告します。 また、対象基準判断のため、私及び世帯員の収入、課税状況等について調査することに同意します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号 ()			

市記入欄

備考		
交付年月日	年 月 日	
適用年月日	年 月 日から	
有効期限	年 月 日まで	

<送付先> () 本人住所 () 入所施設・居宅介護支援事業所

別紙

介護保険負担限度額認定申請（特例減額措置）に係る資産等申告書

介護保険法施行規則第83条の6（第172条の2において準用する場合を含む。）の規定に基づき、次のとおり申告をします。

1 申請者と同一の世帯に属する者（又は属するとみなされる者（※））及びその配偶者

（フリガナ） 氏 名	申請者との 関係	性別	生年月日	住所・電話番号
		男女	年 月 日	〒 電話 （ ） —
		男女	年 月 日	〒 電話 （ ） —
		男女	年 月 日	〒 電話 （ ） —
		男女	年 月 日	〒 電話 （ ） —

※ 申請者が介護保険施設に入所することにより世帯分離をした場合において、それ以前に同世帯であった世帯に属するものをいいます。

2 申請者と上記世帯員及びその配偶者に係る資産の状況

（1）不動産

土地	（1）宅地	有無	延面積	所有者氏名	所在地	備考
					〒	
建物	（2）田畑 その他	有無			〒	
					〒	
建物	（1）居住用の持家	有無			〒	
	（2）その他	有無			〒	

（2）現金及び預貯金等

現金		円				
預貯金	金融機関名		口座番号		口座名義	預貯金額
						円
						円
有価証券	有無	種類		額面		評価概算額
						円

(3) その他の資産

自動車	有 無	使用状況	所有者氏名	車種等	評価概算額
		使 用 未使用			円
貴金属	有 無	品名			円
その他 高価なもの	有 無				

上記のとおり、相違ありません。

石岡市長 あて

年 月 日

(申請者)	住所	氏名
(配偶者)	住所	氏名
(世帯員)	住所	氏名
	住所	氏名

(注意事項)

(1) 所有する資産については、下記に従って記入してください。

①同じ種類の資産を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。

②不動産の表の備考には、不動産の種類、使用目的等を記入してください。

③評価概算額については、現在売却した場合のおおよその金額を記入してください。

(2) 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください。

(3) 添付書類

①入所し、又は入所する予定の施設における施設使用料、食費及び居住費について記載されている契約書などの写し

②所得証明書、源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書の写しその他収入を証する書類

③預貯金通帳の写し

(4) 不実の申告をして不正に認定を受けた場合、刑法の規定により処罰されることがあります。