

# 介護保険負担限度額認定の特例減額措置に係る申請書

大野城市長 様

次のとおり関係書類を添えて、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。）の規定に基づき申請します。

## 1 本人と同一の世帯に属する者（又は属するとみなされる者（※））

	ふりがな	本人との関係	性別	生年月日		住所・電話番号
	氏名					
本人		/	男	年	日	〒 ( ) -
			女	月	日	( ) -
世帯に属する者			男	年	日	〒 ( ) -
			女	月	日	( ) -
			男	年	日	〒 ( ) -
			女	月	日	( ) -
			男	年	日	〒 ( ) -
			女	月	日	( ) -

※ 本人の介護保険施設入所により世帯分離をした場合は、それ以前に同世帯であった世帯に属する者をいいます。

## 2 世帯に属する者の収入（本人分は除く）

氏 名				
年中の収入	公的年金	円	円	円
	給 与 (パート収入等を含む)	円	円	円
	(内容： ) (年金・給与以外の収入)	円	円	円
	合 計	円	円	円

## 3 本人と上記世帯に属する者に係る資産の状況

(1) 現金及び預貯金等 ※世帯員全員の預貯金・有価証券等の合計金額を記入してください。

預貯金額	円	有価証券 ・ 信託等	円	その他 (現金・負債 を含む)	円
				(内容： )	

裏面有

(2) 不動産

			延面積	所有者氏名	所在地	種類・使用目的
土地	宅地	有・無				
	田畑・その他	有・無				
建物	居住用の持家	有・無				
	その他	有・無				

※注意事項※

- (1) 同じ種類の資産を複数所有している場合は、その全てを記入してください。
- (2) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (3) 添付書類
- ① 入所している、又は入所予定の施設の利用料、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 公的年金等源泉徴収票・給与源泉徴収票・確定申告書の写しなど、公的年金及び給与収入額が確認できる書類を添付してください。ただし、1月1日（申請が1月～7月の場合は前年の1月1日）において大野城市に住所がある人の公的年金収入の場合については添付書類は不要です。また、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入についても添付書類は不要です。
  - ③ 預貯金通帳等の写し
- ※添付書類については、負担限度額認定申請の際に提出している書類については省略できます。ただし、預貯金通帳等の写しについては、この申請書の申請日から2ヶ月以内のものがが必要です。**
- (4) 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には、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もらうことがあります。

上記のとおり相違ありません。

本人氏名	印	
世帯員氏名	印	印
	印	印
申請者氏名		本人との関係

※保険者記入欄※

交付年月日	備 考	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 負担軽減有（食費・居住費） <input type="checkbox"/> 負担軽減非該当	
適用年月日	※世帯状況（ <input type="checkbox"/> 複数世帯__人 <input type="checkbox"/> 単身）    滞納（有・無）	
年 月 日 から	世帯収入合計	円（利用負担 円× 月）
有効期限	施設利用負担見込	円（食費 円× 月）
	差引き額	円（居住費 円× 月）
年 月 日 まで		
提出者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介護保険事業所 <input type="checkbox"/> その他（    ）		