

南あわじ市介護保険負担限度額認定申請書（食費や居住費の負担軽減の申請書）

南あわじ市長 様

次のとおり関係書類を添えて申請します。

年 月 日

被保険者欄	フリガナ		被保険者番号	0									
	氏名		個人番号										
			生年月日	T	・	S	年		月		日		
住所	南あわじ市												

申請者欄	氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が申請 日中対応可能な電話番号 - -										
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者住所と同じ <input type="checkbox"/> 南あわじ市				被保険者との続柄			<input type="checkbox"/> 本人			

申請時の状況	施設入所 ショートステイ利用 (注) ○をつけてください。 ショートステイ利用の場合は届出欄の※印の箇所の記入は不要です。											
届出欄	※施設所在地					※施設種類	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 地域密着型介護老人福祉施設 5 介護医療院					
	※施設名称					(注)番号に○をつけてください	※入所年月日	年 月 日				
	電話番号	- -										

配偶者に関する事項	配偶者の有無	有 無	(注) 内縁関係を含む			市町村民税の課税状況		課税	非課税		
	フリガナ					生年月日	T ・ S ・ H				
	氏名						年 月 日				
	本年1月1日現在の住所	(注) 1～7月に申請する者は前年1月1日現在の住所 南あわじ市 <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ								電話番号	- -

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者／住民税世帯非課税で老齢福祉年金受給者										
	<input type="checkbox"/> 世帯に住民税を課税されている者がいない										
	非課税年金の有無	有 無 (注) 「有」の場合、該当するものに○をつけてください 障害年金、遺族年金、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金									
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しは別紙のとおり相違ない										
	預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債含む)	()	※内容を記載する				
備考欄											

市記入欄

裏面の同意書も必ずご記入ください⇒

段階：1・2・3①・3②		円	受付印
資産要件：	万円以下	円	
1月から7月に転入の者（所得 ・ 非課税年金）			
境界層該当・特例減額措置（保護却下・廃止年月日： 年 月 日）			

《身元確認》 個・免・パ・住・身・保・介・負・年・他（ ）

同意書

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、その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

また、当該機関が南あわじ市に回答することに同意します。

令和 年 月 日

<被保険者（本人）> または本人の成年後見人等（ご家族の方が代筆する場合でも、被保険者の住所氏名をご記入ください）

住所

氏名

<被保険者の配偶者> または配偶者の成年後見人等

住所

氏名

※成年後見人等（成年後見人、保佐人、補助人）が記入する場合は、「〇〇〇〇（被保険者）の成年後見人△△△△（成年後見人等名）」と記入し、登記事項証明書等、代理権を証する書類を添付してください。

※同意書に基づく資産調査の結果、不正に負担軽減を受けたことが明らかとなった場合は、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 倍の加算金を徴収されることがありますので、ご注意ください。

市記入欄

同意書原本の複写に相違ないことにつき確認します。

南あわじ市長

令和 年 月 日 確認