

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		生年月日	年 月 日										
	住所	南あわじ市												

申請者欄	氏名	※この手続きをしている人（市からの問い合わせ先となる人）		本件について日中対応可能な電話番号 ※携帯電話推奨 - -									
	住所	☐ 被保険者住所と同じ ☐ 南あわじ市		被保険者との続柄	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 孫								

申請時の状況		施設入所 ショートステイ利用												※ショートステイ利用の場合は届出欄の記入は不要				
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 介護医療院 4 地域密着型介護老人福祉施設											
	施設名称						入所年月日	年 月 日										
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																
	フリガナ					生年月日	年 月 日											
	氏名																	
	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 ☐ 被保険者と同じ 電話番号 - -																
収入等に関する申告		☐	生活保護受給者 ※通帳等のコピーは不要															
		非課税年金の有無		☐ 有 ☐ 無 ※遺族年金や障害年金等を受給していれば「有」														
預貯金等に関する申告		☐	資産等は添付している内容のとおり相違ない															
		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 円									

裏面の同意書も必ずご記入ください⇒

市記入欄

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）				
備考：				

《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の写し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