

介護保険負担限度額認定申請書【課税層における特例減額措置用】

被保険者氏名		入所施設名	
被保険者番号		入所日	年 月 日
個人番号		施設住所	〒 —
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	施設種別 ※該当に○	特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設) 介護老人保健施設 介護療養型医療施設
性別	男 ・ 女	居室の種類 ※該当に○	ユニット型個室 ユニット型準個室 従来型個室 多床室
住所			
電話番号	() —		
配偶者の有無 ※事実婚含む	無 (死別含む) 有：氏名 () 明治・大正・昭和 年 月 日生		

新見市長 様

別紙資産・収入等申告書のとおり、相違ありません。

関係書類を添えて、食費及び居住費に係る負担限度額認定（特例減額措置）を申請します。

申請書提出後において、特例減額措置の要件に該当しなくなった場合はすみやかに申告することを誓います。

年 月 日

(申請者) 住所 _____

氏名 _____ (押印不要)

注意事項

(1)別紙「資産・収入等申告書」とともに、次の書類を必ず添付してください。

- ① 入所し、又は入所する予定の施設における施設利用料、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 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、本人及び配偶者・世帯員の収入を証する書類
- ③ 本人及び配偶者・世帯員の預貯金通帳・有価証券証書等の写し全て

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

資産・収入等申告書

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。

※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上添付してください。

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（※））

番号	氏名（フリガナ）	申請者との関係	性別	生年月日
1		本人		年 月 日
2				年 月 日
3				年 月 日
4				年 月 日
5				年 月 日

※ 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者をいいます。

2 申請者と上記世帯員に係る資産の状況

※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。

※所有者・名義人等の欄には、1の表で該当する番号を記入してください。

(1)現金及び預貯金等

現金		円		
預貯金	預貯金先	口座番号	名義	預貯金額
	銀行 支店			円
	銀行 支店			円
				円
				円
				円
				円
有価証券	有無	種類	額面	評価概算※現在売却した場合のおおよその金額
			円	円

資産・収入等申告書

(2) 不動産

			延面積	所有者	所在地	種類・使用目的等
土地	(1)宅地	有 無				
	(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				

(3) その他の資産

※新見市外で課税されているものは、納税通知書等その明細を確認できるものを添付

自動車			普段の使用状況 (使用・未使用)	所有者	車種等	評価概算額
	有 無					円
					円	
貴金属 その他 高価なもの	有 無	品名				円

新見市長 様

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、信託会社その他の関係機関（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。）、世帯員等の課税状況及び有価証券等の残高について、報告を求めらることに同意します。また、貴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、世帯員等が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

(本人) 住所 _____ 氏名 _____ (押印不要)

(配偶者) 住所 _____ 氏名 _____ (押印不要)

(世帯員) 住所 _____ 氏名 _____ (押印不要)

氏名 _____ (押印不要)

氏名 _____ (押印不要)

氏名 _____ (押印不要)