

# 介護保険負担限度額認定申請書（市民税課税層における食費・居住費の特例減額措置）

（申請先）

年 月 日

鹿沼市長宛

次のとおり関係書類を添えて、市民税課税層における食費・居住費の特例減額措置を申請します。

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名	印	個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
住所	〒 (連絡先)		
介護保険施設の所在地及び名称	〒 (連絡先)		
入所年月日（※）	昭・平 年 月 日	（※）介護保険施設に入所していない場合は、特例減額措置に該当しません。	
居室の種別	1 ユニット型個室 2 ユニット型準個室 3 従来型個室 4 多床室		

世帯状況	フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	配偶者氏名	個人番号	
	配偶者住所（※配偶者が同居でない場合のみ住所を記入）		
	〒		
	フリガナ 家族氏名	フリガナ 家族氏名	

収入等に関する事項	世帯の年間収入（ア）		円
	施設における年間自己負担額（イ） （※夫婦双方が施設入所の場合は2人分を控除）		
	介護サービス自己負担 （高額介護サービス費除く）	+食費 +居住費	円
	差引（アーイ） （※80万円以下であることが要件）		円
	世帯の預貯金等		円

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	電話番号（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

## 注意事項

- この申請書における「配偶者」は、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 世帯の年間収入や預貯金等は、別紙（収入申告書）に記入の上、関係書類等の写しを添付してください。
- 施設における年間自己負担額は、契約書等の疎明資料により算出し、その写しを添付してください。

市処理欄	決定日	適用年月日	決定段階
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	該当・非該当 (第3段階)

## 同 意 書

鹿 沼 市 長 宛

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。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）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、報告を求めることに同意します。

また、鹿沼市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者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

印

<配偶者>

住 所

氏 名

印

※本人又は配偶者が署名できない場合に代筆する場合には、それぞれの氏名の下余白部分に代筆者の住所・氏名を署名捺印してください。