

# 負担限度額認定申請書

特例減額措置

令和 年 月 日

葛城市長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ			保険者番号			2	9	2	1	1	0	
被保険者氏名			被保険者番号									
			個人番号									
生年月日	年 月 日											
住 所	〒		連絡先									
入所（院）した 介護保険施設 の所在地 及び名称	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設（特養） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院											
	〒		連絡先									
入所（院） 年 月 日	年 月 日											
配偶者の有無	有 ・ 無		世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の場合も含みます。 配偶者が「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記入不要です。									
配偶者に関する事項	フリガナ											
	氏 名											
	生年月日	年 月 日		個人番号								
	住 所	〒		電話番号								
	本年1月1日 現在の住所 （現住所と 異なる場合）											
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税											
世帯構成	同一世帯に属する全員（被保険者、配偶者以外の世帯員）の氏名を記入してください。 （※被保険者が施設に入所することにより世帯分離した場合は、入所前の世帯に属する方）											
フリガナ	被保険者との関係	生年月日	住所・電話番号									
氏 名												
		年 月 日	〒	( )							-	
		年 月 日	〒	( )							-	
		年 月 日	〒	( )							-	
		年 月 日	〒	( )							-	

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		連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所		本人との関係

注意事項

○ 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。

**【裏面も記入してください】**

# 同意書

葛城市長 殿

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。）、私の世帯員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、報告を求めす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、私の世帯員が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

<世帯員>

住所

氏名

<世帯員>

住所

氏名

(代筆者)

住所

氏名

代筆を行った対象者

被保険者本人（関係： ）

配偶者 （関係： ）

世帯員 （関係： ）

世帯員 （関係： ）

本同意書は、葛城市個人情報保護条例第9条に基づき、該当年度の介護保険負担限度額認定に係る調査の目的以外には一切使用しません。また、第三者に提供することもしません。