

介護保険負担限度額認定申請書(特例減額措置)

年 月 日

品川区長 あて

次のとおり関係書類を添えて食費・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。

1. 本人

フリガナ											
被保険者氏名	被保険者番号			0	0	0					
	個人番号										
生年月日	年 月 日										
住所	〒										
	電話番号 - -										
入居施設名	入所年月日							契約書等写し有		<input type="checkbox"/>	

2. 申請者(※申請者が被保険者本人の場合は記載は不要)

申請者氏名	続柄	
申請者住所	〒	
電話番号 - -		

3. 本人および本人と同一の世帯に属する方(または属するとみなされる方 ※)は、下記の同意書欄もご記入ください。

同 意 書

品川区長 あて

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

また、品川区長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私、配偶者及び全て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。

年 月 日

フリガナ 氏 名	被保険者との関係	生年月日	住所・電話番号	
			個人番号	
	本人		〒	() -
	配偶者 (内縁含む)		〒	() -
			〒	() -
			〒	() -

※ この申請における「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。
 ※ 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、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倍の加算金を返還していただくことがあります。