

介護保険負担限度額認定申請書（特例減額措置用）

瀬戸内市長 様

年 月 日

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（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		個人番号	
		性別	
生年月日	明・大・昭 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(※)	〒	連絡先	
入所(院)年月日(※)	年 月 日	(※) ショートステイを利用する場合は対象となりません。	

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

- 別紙「特定入所者介護サービス費における課税層に対する特例減額措置に係る資産等申告書」を必ずご記入ください。
- 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。