

介護保険負担限度額認定申請書
(特例減額措置用)

(あて先) 仙台市長

下記のとおり負担限度額認定申請（特例減額措置）をします。

		申請年月日	年	月	日
被保険者	被保険者証番号				
	フリガナ				
	氏名	個人番号			
	住所	生年月日	明治 大正 昭和	年	月
		電話番号 () -			

※申請者が本人の場合は、記入不要です。代理の方が申請する場合は委任状が必要です。
※家族であっても、個人番号の記載された当該申請を行う場合は、被保険者本人の被保険者証、健康保険証の原本、又は委任状等が必要となります。

申請者	<input type="checkbox"/> 本人	氏名	被保険者との関係	
	<input type="checkbox"/> 家族	住所		
	<input type="checkbox"/> 代理人	電話番号 () -		

※申請者と同一の世帯に属する方並びに別世帯の配偶者の方を記載してください。
(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は、入所前の世帯に属する方)

世帯員並びに配偶者の状況	(フリガナ) 氏名	申請者との関係	生年月日	住所・連絡先
	()		年 月 日	〒 () -
	()		年 月 日	〒 () -
	()		年 月 日	〒 () -
	()		年 月 日	〒 () -
	()		年 月 日	〒 () -
	()		年 月 日	〒 () -

* 減額認定の審査を行うにあたり、収入状況等が確認できる書類の提示をしていただきますが、書類の提示が困難な場合には仙台市より、他市町村や健康保険の保険者へ照会することがあります。関係書類の提示が困難ことが考えられる場合は裏面の同意書に記入してください。

【仙台市処理欄】

保険料納付状況		滞納なし・あり（1年未満・1年以上） / 一部納付 / 納付誓約書		
決定内容案	該当・却下	左記のとおり(決定・却下)してよろしいか伺います。		
適用年月日	年 月 日	起案年月日:	年 月 日	收受
有効期限	年 月 日	決定年月日:	年 月 日	
備考	<input type="checkbox"/> 番号確認(個人番号カード・通知カード・住民票)	決裁欄	課長	
	<input type="checkbox"/> 身元確認(運転免許証・被保険者証・健康保険証・年金手帳・その他)			

