

介護保険負担限度額認定申請書(市民税課税層における特例減額措置)

年 月 日

フリガナ			保険者番号		1	5	2	1	2	4		
被保険者氏名			被保険者番号									
			個人番号									
生年月日	明	・	大	・	昭	年	月	日	性別	男	・	女
住 所												
	電話番号											
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称												
	電話番号											
入所(院)年月日	年	月	日	居室の種類								
				1. ユニット型個室	2. ユニット型個室的多床室			3. 従来型個室			4. 多床室	
<p>村上市長 様</p> <p>上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。</p> <p>また、この申請に伴い、申請者と配偶者及び世帯員の課税の状況、所得の状況、預金及び資産状況について調査することについて同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住 所 (被保険者) 氏 名</p> <p style="text-align: right;">☎ 電話番号 ()</p>												

※太枠内をご記入ください。

市記入欄

世帯構成①	人		利用者負担段階②	1・2・3・4							
世帯年間収入	円(A)		世帯預貯金等額④	円							
特例減額措置を適用しない場合の利用負担見込年額(B)	施設サービス費負担割合()割	食費		居住費							
	円	円	円	居室の種類()							
	計	円(B)									
(A) - (B) = 円 < = > 800,000円 ③											
居住用の家屋他日常生活のために必要な資産以外の有無⑤	有 ・ 無		介護保険料の滞納⑥	有 ・ 無							
判定	該 当	食費のみ ・ 居住費のみ ・ 食費及び居住費									
		居室の種類	1. ユニット型個室	2. ユニット型個室的多床室							
	非該当	理由									
3. 従来型個室	4. 多床室										
交付年月日	年	月	日	適用年月日	年	月	日から	有効期限	年	月	日まで
								又は施設から退所するまで			