

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	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 style="text-align: center;">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・3①・3②・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 居室の種類()					
	円		円		円					
	計		円(B)							
(A) - (B) = 円 < = > 809,000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				
			3. 従来型個室			4. 多床室				
非該当		理由								
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			