

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			
村上市長 様											
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。											
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。											
年 月 日											
申 請 者 住 所											
(被保険者) 氏 名											
電話番号 ()											

※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 ① ・ 3 ② ・ 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	居室の種類 ()		
	計	円(B)			
(A) - (B) = 円 < = > 8 2 6 , 5 0 0 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	