

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を申請します。

交付年月日	備	考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)	
適用年月日	住民税課税状況	減 額 対 象 適 ・ 否
年 月 日	本人 課税 ・ 非課税	
から	世帯 課税 ・ 非課税	
	利用者負担段階 段階	
有効期限	年間収入額 円(A)	食費負担限度額 円
	利用者負担年額 円(B)	ユニット型個室 ユニット型個室の多床室 円
年 月 日	A - B = 円	従来型個室(特養) 円
まで	預貯金等の額 円	従来型個室(老健・医療院) 円
<u>又は施設から</u>		多床室 円
<u>退所するまで</u>		

同 意 書

（あて先）藤岡市長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、藤岡市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人(被保険者)>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

<世帯員>

住所

氏名

印

<世帯員>

住所

氏名

印

<世帯員>

住所

氏名

印