

**介護保険負担限度額認定申請書  
(市民税課税層における食費・居住費の特例減額措置)**

(あて先) 藤岡市長

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。

フリガナ 被保険者氏名		申請日	年月日
		被保険者番号	
生年月日	年月日	個人番号	
住所	〒 連絡先		
介護保険施設 の名称			入所(院)年月日(※1)
			年月日
決定通知及び認定証の 希望送付先	1 入所施設 2 ケアマネジャー(事業所名) 3 自宅 4 その他( )		

**配偶者に関する事項**

この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。

配偶者の有無	有 · 無	配偶者が「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」欄の記入は不要です。	
フリガナ 配偶者氏名		住民税課税状況	課税 · 非課税
		生年月日	年月日
住所	(□被保険者と同じ) 〒		
本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒		

(裏面に続く)

**市記入欄**

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 から	本人 課税 · 非課税		
有効期限	世帯 課税 · 非課税	食費負担限度額	円
年月日 まで	利用者負担段階 段階	ユニット型個室	円
<u>又は施設から 退所するまで</u>	年間収入額 円(A)	ユニット型個室の多床室	円
	利用者負担年額 円(B)	従来型個室(特養)	円
	A-B = 円	従来型個室(老健・医療院)	円
	預貯金等の額 円	多床室	円

## 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