

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)

| | | | | | | | | | |
|---|--|--------|-------|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | 保険者番号 | | 1 | 0 | 2 | 0 | 9 | 5 |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | 男 ・ 女 | | | | | | |
| 住 所 | 〒 | | | | | | | | |
| 介護保険施設の所在地及び名称 | 〒 | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 負担限度申請事由 | 1. 住民税世帯非課税者であって、合計所得金額と年金収入額の合計が年額80万円以下の者 2. 住民税世帯非課税者であって、1に該当する以外の者 3. その他 () | | | | | | | | |
| 藤岡市長 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、上記認定に必要な所得調査を行なうことに同意します。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> 住所 申請者</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> 氏名 印</div> | | | | | | | | | |

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 世帯 課税 ・ 非課税 | 食費負担限度額 | | |
| 有効期限 | 利用者負担段階 段階 | ユニット型個室 | | |
| 年 月 日 まで | 年間収入額 円(A) | ユニット型準個室 | | |
| 又は施設から 退所するまで | 利用者負担年額 円(B) | 従来型個室(特養) | | |
| | A - B = 円 | 従来型個室(老健・療養型) | | |
| | 預貯金等の額 円 | 多床室 | | |