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）

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">保険者番号</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">1</td><td rowspan="2">0</td><td rowspan="2">2</td><td rowspan="2">0</td><td rowspan="2">9</td><td rowspan="2">5</td></tr>
<tr><td rowspan="2">被保険者氏名</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>被保険者番号</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>生　年　月　日</td><td colspan="9">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　　所</td><td colspan="9">〒</td></tr>
<tr><td>介護保険施設の所在地及び名称</td><td colspan="9">〒</td></tr>
<tr><td>入所（院）年月日</td><td colspan="9">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>負担限度申請事由</td><td colspan="9">１．住民税世帯課税者であって、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．住民税世帯課税者であって、１に該当する以外の者
３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）</td></tr>
<tr><td colspan="10">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。
年　　月　　日

申請者　住　所
　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　印</td></tr>
</table>

市記入欄

<table>
<tr><td>交付年月日</td><td colspan="2">備　　　　考</td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td colspan="2">（所得分布の状況等を記入）</td></tr>
<tr><td>適用年月日</td><td>住民税課税状況</td><td>減額対象　　　適　・　否</td></tr>
<tr><td rowspan="2">年　月　日
から</td><td>本人　課税　・　非課税</td><td></td></tr>
<tr><td>世帯　課税　・　非課税</td><td>食費負担限度額　　円</td></tr>
<tr><td>有効期限</td><td>利用者負担段階　　段階</td><td>ユニット型個室　　円</td></tr>
<tr><td rowspan="5">年　月　日
まで
<u>又は施設から</u>
<u>退所するまで</u></td><td>年間収入額　　円（Ａ）</td><td>ユニット型準個室　　円</td></tr>
<tr><td>利用者負担年額　　円（Ｂ）</td><td>従来型個室（特養）　　円</td></tr>
<tr><td>Ａ－Ｂ　＝　　円</td><td>従来型個室（老健・療養型）　　円</td></tr>
<tr><td>預貯金等の額　　円</td><td>多床室　　円</td></tr>
</table>