

介護保険特定負担限度額認定申請書(市町村民税課税世帯の特例減額措置)

フリガナ			保険者番号	3 5 2 1 0 4					
被保険者氏名			被保険者番号						
生年月日			性別	男・女					
住所	〒		電話番号						
介護保険施設の所在地及び名称	〒		電話番号						
入所する居室の種別	1 ユニット型個室 2 ユニット型準個室		3 従来型個室		※ 入所する居室を選択してください。				
入所(院)年月日	年 月 日		※ ショートステイの利用は特例減額措置の対象外です。						
負担限度額申請事由	1 介護保険施設に入所して、食費・居住費を負担した結果、在宅に残る世帯の生計が困難になるため 2 その他 ()								
<p>光市長様</p> <p>上記のとおり食費及び居住費に係る特定負担限度額認定の申請をします。 また、この申請に係る所得等の調査について同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号</p> <p>※ 被保険者本人名をご記入ください。</p>									
<p>※ 申請には、「市町村民税課税世帯における食費・居住費の特例減額措置に係る資産等申告書」及び同申告書記載の必要事項を添付してください。</p> <p>市記入欄</p>									
交付年月日		所得分布の状況等を記入							
年 月 日	氏名	(関係)	課税状況	年間収入額	施設利用者負担額	預貯金基準状況	資産基準		
適用年月日	()	非・課	円	円	有・無	有・無			
年 月 日	()	非・課	円	円	有・無	有・無			
有効期限	()	非・課	円	円	有・無	有・無			
年 月 日									

処理欄

受付	調査	入力	係長	課長	備考
					食費負担限度額 居住費負担限度額