

介護保険負担限度額認定 申請書

紀北広域連合長 様

平成 年 月 日

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。

① 被 保 険 者 欄	被保険者番号									生年月日	明治	大正	昭和		
	ふりがな											年	月	日	
	氏名									性別	男	・	女		
	住所 (住民票の住所)	〒 -									電話番号				
	申請時の状況(○印)	1、短期入所				2、介護保険施設入所									
	施設の 名称 及び所在地	名称									入所 入院 年月日	平成	年	月	日
		所在地	〒 -												
収入等 に関する申告 (○印) <small>*分からない時は 記入不要です</small>	非課税年金 受給の有無	有 (遺族年金※・障害年金) ・ 無								※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。					
		生活保護受給者/市町民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者													
		市町民税世帯非課税者であって、課税年金及び非課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。													
		市町民税世帯非課税者であって、課税年金及び非課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円を超えます。													

配偶者については、世帯分離をしている配偶者または内縁の者を含みます

② 配 偶 者 欄	配偶者(夫又は妻)の有無(○印)	有	・	無	→ (以下の配偶者に関する事項については、記載不要です)									
	ふりがな									生年月日	明治	大正	昭和	
	氏名											年	月	日
	住所 (住民票の住所)	(□被保険者と同じ)	〒 -								電話番号	(□被保険者と同じ)		
	課税状況 <small>*分からない時は 記入不要です</small>	市町民税	課税	・	非課税									

申請者が被保険者の場合は、以下の欄は記入不要です

③ 申 請 者 欄	氏名									本人との 関係			
	提出代 行事業所名												
	住所	〒 -								電話番号	-	-	

※この申請書(緊急時用)は、月末に急遽ショートステイや施設入所が必要になり、同月内に申請書類(通帳等の写しなど)を全て揃えて受付窓口に提出できないと思われる場合に使用してください。この申請書を提出した日から14日以内に、正式な申請書及び添付書類を提出してください。