

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用)

受付印

申請者 (被保険者本人が 申請する場合は 記入不要です。)	氏名		連絡先 (自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯電話)												
	住所 〒		被保険者との関係												
フリガナ			被保険者番号												
被保険者氏名 (サービス 利用者)			個人 番号												
生年月日	明・大・昭 年 月 日														
住 所	〒		連絡先 () ー												
施設区分 (□に☑してくだ さい。)	☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ 地域密着型介護老人福祉施設														
介護 保険 施設	名 称														
	所在地	〒		連絡先 () ー											
入所する 居室の種別	☐ ユニット型個室 ☐ 従来型個室 ☐ ユニット型個室的多床室 ☐ 多床室														
入所(院) 年月日	昭・平・令 年 月 日														
配 偶 者 に 関 する 事 項	フリガナ			被保険者番号											
	氏 名			個人 番号											
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		市町村民税の課税状況				☐ 課税 ☐ 非課税							
	現 住 所	☐ 被保険者住所に同じ 〒		連絡先 () ー											
	本年1月1日 時点の住所	☐ 被保険者住所に同じ 〒		※現住所と異なる場合はご記入ください。											

[市記入欄]

確 認		交付年月日	
☐ 世帯構成員	人	年 月 日	
☐ 市民税世帯課税の有無	有 ・ 無	適用年月日	
【世帯の収入等の状況】		年 月 日	
☐ 世帯の収入 ー 施設利用者負担額 (80万円)	以下 ・ 超	有効期限	
☐ 世帯の預貯金等の合計基準額 (450万円)	以下 ・ 超	年 月 日	
☐ 活用できる資産の有無	有 ・ 無	次のとおり、決定してよろしいですか。	
☐ 介護保険料滞納の有無	有 ・ 無		
備 考		☐ 承認 ☐ 却下	
		軽減対象費用	
		☐ 食費 (本人 ・ 配偶者) ☐ 居住費 (本人 ・ 配偶者)	

※ 申請書には、収入状況等申告書(市民税課税層における食費・居住費の特例減額措置用)及び申告書記載に係る必要書類を添付してください。

同意書

介護保険負担限度額認定（市民税課税層における食費・居住費の特例減額措置）に必要があるときは、私及び私の属する世帯の世帯員並びに配偶者は、市長が資格要件を確認するため、収入等を調査することに同意します。

介護保険負担限度額認定（市民税課税層における食費・居住費の特例減額措置）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。）に私及び私の属する世帯の世帯員並びに配偶者の市町村民税等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、呉市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の属する世帯の世帯員並びに配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

呉市長あて

令和 年 月 日

〈被保険者〉

住 所 : _____

氏 名 : _____

〈配偶者〉

住 所 : _____

氏 名 : _____

〈世帯員〉

住 所 : _____

氏 名 : _____

住 所 : _____

氏 名 : _____