

## 介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		0	1	2	1	9	5
		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 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(院)する居室の種類	1.ユニット型個室		3.従来型個室		2.ユニット型準個室		4.多床室		
入所(院)年月日(※)	昭和・平成 年 月 日								
負担限度額申請事由	1 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入の合計額が年額80万円以下のもの等 2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当する以外のもの 3 その他( )								
<p><b>紋別市長様</b></p> <p>上記のとおり食事及び居住費に係る負担限度額認定を申請します。</p> <p>また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況について調査されることに同意します。㊟</p> <p>平成 年 月 日 住所 _____</p> <p>申請者 _____ 電話番号 _____ 氏名 _____ 本人との関係( )</p>									

※介護保険施設に入所院しない場合は、記入は不要です。

### 紋別市記入欄 (この欄には記入しないで下さい)

申請種類	新規申請 ・ 変更申請 ・ 更新申請				
資格取得日	平成 年 月 日	判定基準日	平成 年 月 日		
判定要件					
生活保護受給	あり・なし	老齢福祉年金受給	あり・なし	境界層適用	あり・なし
市町村民税(本人)	課税・非課税(80万未満・80万超)・未確定・未申告				
市町村民税(世帯)	課税・非課税・未確定・未申告				
利用者負担区分	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	課税層特例措置
課税状況確認	公簿・簡易収入申告・その他( )				
食費	1,380・650・390・300/日	居住費	上記負担区分における居住種類に準じる		
有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日				
認定証交付年月日	平成 年 月 日 未交付(理由: )				
備考					