

### 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

大洲市長 様

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の申請をします。

フリガナ			被保険者番号			
被保険者氏名						
生年月日	年 月 日		個人番号			
住所	(〒 - )		電話番号			
介護保険入所(院)施設の所在地及び名称	所在地	(〒 - )		電話番号		(※) 介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイ利用の方は、記入不要です。
	名称					
入所(院)年月日	年 月 日					

配偶者の有無	有 ・ 無	<b>「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」は記載不要です。</b>				
配偶者に関する事項	フリガナ			個人番号		
	氏名			生年月日	年 月 日	
	住所 ※同居の場合は記入不要	(〒 - )		電話番号		
	前年度1月1日現在の住所 (市外で現住所と異なる場合)	(〒 - )		左記を記入した場合		
			配偶者の市町村 民税課税状況	課税 ・ 非課税		

収入等に関する申告 (該当箇所) に☑してください。	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／世帯全員が市民税非課税である老齢福祉年金受給者				
	<input type="checkbox"/>	市民税非課税世帯全員が	合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計額が年額80.9万円以下の方			
	<input type="checkbox"/>		合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計額が年額80.9万円超120万円以下の方			
	<input type="checkbox"/>		合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計額が年額120万円超の方			
	非課税年金受給	有・無	年金の種類	遺族年金・障害年金	受給額	円
預貯金等の申告 (夫婦合計)	預貯金、有価証券等の金額をご記入ください。また、 <b>通帳等の写しを添付して下さい。</b>					
	預貯金額	円	有価証券・信託	円	その他(現金・負債を含む)	※円

※内容をご記入ください。

被保険者以外の方が提出する場合、下記についてご記入ください。

フリガナ			事業所が提出する場合は名称等を記入	
提出者氏名			日中連絡が付く連絡先	
提出者住所			本人との関係	

裏面もご記入ください

