

## 介護保険負担限度額認定申請書

大野城市長あて

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。

ふりがな					被保険者番号												
被保険者氏名					個人番号												
生年月日	年 月 日生			本籍	都道府県					市区町村							
住 所	〒 _____ 電話番号 _____																
利用サービス	<input type="checkbox"/> 施設入所 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設  <input type="checkbox"/> 介護医療院                 </td> <td style="padding: 0 10px;">}</td> <td style="padding: 0 10px;"> <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設                 </td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> ショートステイ														<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院	}	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院	}	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設															
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 _____ 施設名： _____ 電話番号 _____																
入所（院）年月日（※）	年 月 日			（※）欄は、介護保険施設に入所しない場合は記入不要です。													
配偶者の有無	有 ・ 無			左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については記載不要です。													
配偶者に関する事項	ふりがな					生年月日	年 月 日生										
	氏名					個人番号											
	住所	〒 _____ 電話番号 _____															
	本年1月1日現在の住所	〒 _____ ※1月1日現在の配偶者の住所が大野城市外の場合のみ記入															
収入等に関する申告（いずれかにチェックをつけてください）	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者／市町村民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者																
	非課税世帯	<input type="checkbox"/> 本人の課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金（※）・障害年金】収入額の合計額が年額 82.65 万円以下です。※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。以下同じ。															
		<input type="checkbox"/> 本人の課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金（※）・障害年金】収入額の合計額が年額 82.65 万円を超え 120 万円以下です。															
<input type="checkbox"/> 本人の課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金（※）・障害年金】収入額の合計額が年額 120 万円を超えます。																	
預貯金等の申告 ※夫婦合計	<input type="checkbox"/> 預貯金・有価証券等の合計金額は以下のとおりです。 ※預貯金・有価証券等の金額をご記入ください。また、 <u>通帳等の写しを添付してください。</u>																
	預貯金額	円			有価証券・信託等	円			その他（現金・負債を含む）	（内容： _____） 円							

決裁	課長	係長	係員	入力者

※裏面も記入してください。

