

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															
被保険者氏名	被保険者番号														
	個人番号														
生年月日	年	月	日生	性別	男・女	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 border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設</td> <td><input type="checkbox"/> 介護老人保健施設</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設</td> <td><input type="checkbox"/> 介護医療院</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"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院	
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設														
<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院														
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														
	氏名	生年月日	年	月	日生	個人番号									
		市町村民税		課税			非課税								
	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														
	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であって、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 80 万円以下です。（受給している年金に○をつけてください。）※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"/> 市町村民税非課税世帯であって、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 80 万円を超え 120 万円以下です。（受給している年金に○をつけてください。）														
	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であって、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。（受給している年金に○をつけてください。）														
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					

※裏面も記入してください。

