

# 介護保険負担限度額認定申請書

|                                                                                                              |                                                                                                                                 |        |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| フリガナ                                                                                                         |                                                                                                                                 | 保険者番号  | 332031 |
| 被保険者氏名                                                                                                       |                                                                                                                                 | 被保険者番号 |        |
| 生年月日                                                                                                         | 明・大・昭 年 月 日生                                                                                                                    | 性別     | 男 ・ 女  |
| 住 所                                                                                                          | 〒<br>〇 ( ) -                                                                                                                    |        |        |
| 介護保険施設の所在地及び名称                                                                                               | 〒<br>〇 ( ) -                                                                                                                    |        |        |
| 入所(院)年月日                                                                                                     | 昭・平 年 月 日                                                                                                                       |        |        |
| 負担限度額<br>申請事由<br>(※必ず記入してください)                                                                               | 1 世帯非課税の老齢福祉年金受給者 あるいは 生活保護受給者<br>2 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額の合計額が年額80万円以下の者等<br>3 市町村民税世帯非課税者であって、2に該当する以外の者<br>4 その他 ( ) |        |        |
| 津山市長 様<br>上記のとおり食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定の申請をします。<br><br>平成 年 月 日<br><br>住 所<br>申 請 者<br>(被保険者) 氏 名 印<br>〇 ( ) - |                                                                                                                                 |        |        |
| 提出者                                                                                                          | 住 所<br>氏 名                                                                                                                      | 続<br>柄 |        |

## 津山市記入欄

|           |                                                                                                             |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 交 付 年 月 日 | 備 考                                                                                                         |
| 平成 年 月 日  | ①利用者負担第1段階<br><input type="checkbox"/> 世帯非課税の老齢福祉年金受給者<br><input type="checkbox"/> 生活保護受給者                  |
| 適 用 年 月 日 | ②利用者負担第2段階                                                                                                  |
| 平成 年 月 日  | ③利用者負担第3段階<br><input type="checkbox"/> 世帯非課税者であって第2段階該当者以外<br><input type="checkbox"/> 課税層における特例減額措置の適用がある者 |
| 有 効 期 限   | ④利用者負担第4段階                                                                                                  |
| 平成 年 月 日  | 境界層該当 有 ・ 無                                                                                                 |