

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

久慈広域連合長 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		保険者番号	
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	〒 電話番号 ()		
入所（院）した介護保険施設の所在及び名称（※）	〒 電話番号 ()		
入所（院）年月日（※）	平成 年 月 日	介護保険施設に入所（院）していない場合及び※ショートステイを利用している場合は、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、記入不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ	生年月日	明・大 年 月 日 昭・平
	氏名	市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税
	住所（同居の場合は同居と記入）	〒 電話番号 ()	
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）		

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者または内縁関係の者を含みます。
- (2) 配偶者が本年1月1日現在、久慈広域連合管外に居住している場合は「非課税証明書」を添付してください。
- (3) 年度途中で税更正を行った場合は、遡って、負担限度額段階を変更する場合があります。
- (4) 負担限度額関係書類はすべて、ご本人の現住所地もしくは、送付先変更の申請で指定された住所へ送付します。
今回の手続きのみを、別の住所（施設やご家族）に送付することはできませんので、送付先を変更したい場合は、「介護保険関係書類送付先変更届出書」とあわせて提出してください。

※裏面（収入・預貯金等に関する申告等）に続きますので、必ずご記入ください。

交付年月日	久慈広域連合 処理欄
年 月 日	① 本人世帯 : 課税者あり ・ 世帯全員非課税
適用年月日	② 課税年金収入 : _____ 円
	合計所得金額 : _____ 円
年 月 日	(合計) : _____ 円
	③ 老齢福祉年金 : 有 ・ 無
から	④ 生活保護 : 有 ・ 無 期間 (年 月より)
有効期限	境界層該当 : 有 ・ 無 期間 (年 月より)
年 月 日	⑤ 配偶者課税状況 : 課税 ・ 非課税
	⑥ 資産状況 : 該当 ・ 非該当 ()
まで	※利用者負担 第 1 ・ 2 ・ 3 段階に該当 ・ 非該当

