

介護保険負担限度額認定申請書(特例減額措置用)

岡山市長 様

年 月 日

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(特例減額措置)を申請します。

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
		性別	男 ・ 女
		生年月日	明・大・昭 年 月 日
住 所	〒 電話番号		
入所(院)した介護保 険施設の名称(※)	入所(院)年月日	年 月 日	
	(※)ショートステイを利用する場合は対象となりません。		

※別紙資産等申告書を必ずご記入ください。

注意事項

- (1)預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- (2)書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください。
- (3)虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

<p>岡山市長 殿</p> <p>上記のとおり市町村民税課税世帯における食費・居住費の特例減額措置の申請をします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 電話番号</p>
--

申請書提出(記入)者 (申請書提出事業者)	電話番号
--------------------------	------

市記入欄

交付年月日	認 定	年 月 日 ~		年 月 日
年 月 日	所 得	本人80万円以下	世帯非課税	課 税
適用年月日	配偶者	有 ・ 無	課 税	非課税
年 月 日	預貯金	有 ・ 無	単 身	夫 婦
有効期限	生 保	有(年 月~) ・ 無	老福	有 ・ 無
年 月 日	判 定	1 ・ 2 ・ 3		非該当