

**介護保険負担限度額認定申請書**  
(特養・老健・療養・短期)

フリガナ			保険者番号		0	1	2	1	5	3
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									
介護保険施設の所在地及び名称( )	〒 電話番号									
入所する居室の種別	1 ユニット型個室		3 従来型個室		2 ユニット型準個室		4 多床室			
入所(院)年月日( )	年		月		日					
負担限度額	1 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80万円以下のもの等									
申請事由	2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当する以外のもの									
	3 その他( )									
あて先 美唄市長 上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。 なお、私の世帯の所得状況等を公簿等により確認を受けることに同意します。 平成 年 月 日 申請者 電話番号 (被保険者本人) 氏名										

印の項目は介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入不要です。短期入所の場合は利用予定のある施設名を記入してください。

市記入欄(この欄は記入しないでください。)

該 当 区 分			交付年月日
1	<input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給者で住民税世帯非課税者 <input type="checkbox"/> 被保護者 <input type="checkbox"/> 負担額が第1段階であれば被保護者とならない者	1段階	平成 年 月 日
			適用年月日
2	<input type="checkbox"/> 住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80万円以下の者 <input type="checkbox"/> 負担額が第2段階であれば被保護者とならない者	2段階	平成 年 月 日 から
			平成 年 月 日 まで
3	<input type="checkbox"/> 住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80万円を超える者	3段階	
4	<input type="checkbox"/> 上記に該当しない者	4段階	
備考			課長
			係長
			係

介護保険負担限度額認定申請書

(特養・老健・療養・短期)

施設の区分に  
を付けてください

フリガナ	ビバイ タロウ		保険者番号	0	1	2	1	5	3
被保険者氏名	美唄 太郎		被保険者番号	0	0	0	0	0	1
生年月日	明・大	略	年						男
住 所	〒072-0026 美唄市西3条南1丁目1番1号		電話番号	62-3131					
介護保険施設の 所在地及び名称 ( )	〒072-0000 美唄市西 条南 丁目 - 特別養護老人ホーム 園		電話	61-					
入所する 居室の種別	1 ユニット型個室 2 ユニット型準個室		3 従来型個室 4 多床室						
入所(院)年月日 ( )	H 年 月 日		介護保険施設等への 入院・入所年月日を記入						
負担限度額	1 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80万円以下のもの等								
申請事由	2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当する以外のもの 3 その他( )								
あて先	美唄市長								
	上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。 なお、私の世帯の所得状況等を公簿等により確認を受けることに同意します。								
	平成 年 月 日								
	申請者 (被保険者本人) 氏名 美唄 太郎								
	電話番号 62-3131								

入所される施設名を記入  
(短期入所の場合は、  
利用予定の施設名)

入所する部屋の種別を施設に  
確認して を付けてください

介護保険施設等への  
入院・入所年月日を記入

年金収入額等確認のうえ  
を付けてください

連絡の取れる番号の  
記入をお願いします

印の項目は介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入不要です。短期入所の場合は利用予定のある施設名を記入してください。

市記入欄(この欄は記入しないでください。)

該 当 区 分			交付年月日
1	<input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給者で住民税世帯非課税者 <input type="checkbox"/> 被保護者 <input type="checkbox"/> 負担額が第1段階であれば被保護者とならない者	1段階	平成 年 月 日
2	<input type="checkbox"/> 住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80万円以下の者 <input type="checkbox"/> 負担額が第2段階であれば被保護者とならない者	2段階	平成 年 月 日 から
3	<input type="checkbox"/> 住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80万円を超える者	3段階	平成 年 月 日 まで
4	<input type="checkbox"/> 上記に該当しない者	4段階	
備考			課長 係長 係

こちらの申請はFAXでも受付できます。  
認定を受けるには住民票上世帯全員の確定申告が必要です。未申告者がいた場合、ご連絡させていただくことがありますので、必ず連絡の取れる電話番号を記入してください。未申告の方がいる世帯は課税世帯として認定の対象外となります。  
転入者の方は、前住所地の発行する住民税課税非課税証明及び所得証明の提出が必要となる場合があります。