

介護保険負担限度額認定申請書（課税層に対する特例減額措置用）

年 月 日

（宛先）津幡町長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定（特例減額措置）を申請します。

被保険者番号	〇 〇	個人番号	
フリガナ		生年月日	大 昭 年 月 日
被保険者名			
住所	〒	電話番号	()

入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称		電話番号	()
入所（院）年月日	年 月 日	※ショートステイ（短期入所）は対象外です。	
居室区分	1.ユニット型個室 2.ユニット型個室的多床室 3.従来型個室 4.多床室		

申請者氏名		電話番号	()
申請者住所	〒	本人との 関係	

[町処理欄]

世帯構成員	人	世帯課税状況	課税 ・ 非課税
世帯年間収入	円..①	世帯預貯金等額	円
特例減額措置を 適用しない場合 の利用負担見込 年額	施設サービス費 *利用者負担割合 () 割	食費	居住費 *居室の種類 ()
	円	円	円
合計	円..②		
①-②	円..③	③ ≤ 80万円以下	該当 ・ 非該当

居住用以外の目的で有する資産の有無	有 ・ 無	介護保険料滞納の有無	有 ・ 無
-------------------	-------	------------	-------

判定	承認	食費のみ ・ 居住費のみ ・ 両方	
	非該当	理由：	
交付年月日	令和 年 月 日	有効期間	令和 年 月 1日 ~ 令和 年 7月 31日