

## 介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号		4	5	2	0	1	1
			被保険者番号	0	0					
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女							
住所	〒  電話番号									
介護保険施設所在地及び名称	〒  電話番号									
入所(院)年月日	年 月 日	短期入所(ショートステイ)利用開始(予定)日※	平成 年 月 日							
負担限度額申請事由(該当に○)	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 2. 市町村民税世帯非課税者であって、上記1に該当しないもの 3. その他(生活保護受給者・老齢福祉年金受給者・ )									
宮崎市長 様  上記のとおり、食費・居住費に係る 負担限度額認定 を申請します。 なお、負担限度額の認定に際し必要な被保険者及び世帯員の所得及び課税状況については、地方税法に基づく住民税の課税資料により確認を行うことに同意いたします。  平成 年 月 日  住所 申請者 氏名 電話番号 氏名 印 続柄										

※ 欄は短期入所生活介護または療養介護(ショートステイ)利用者のみご記入ください。

### 【宮崎市記入欄】

認定(決定)日	適用期間	認定証交付(送付)日
平成 年 月 日	平成 年 月 1日 ~ 平成 年 6月 30日	平成 年 月 日
課税及び所得等の状況	入所者	課税・非課税(合計所得金額 課税年金収入額 ) ・生活保護受給者 ・老齢福祉年金受給者 ・境界層該当者 ・その他( )
	世帯員	世帯員 名(課税者 名、非課税者 名)※課税者氏名
負担限度額	1. 第1段階 2. 第2段階 3. 第3段階 4. 第4段階(非該当・第3段階適用)	

決裁	課長	課長補佐	係長	精査	入力	担当者	(伺い)上記のとおり認定してよろしいか。
							伺い年月日 平成 年 月 日 決裁年月日 平成 年 月 日