

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		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
		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。

岡山市長 殿 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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話 番号	
--	--

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80.9万円以下	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