

新規申請

※再申請する場合でいずれかに該当する場合は○してください。

申請日 令和 年 月 日

※内容を記入してください。

R6.8版

受付者記入欄	受付場所【 】				受付者名【 】				
状態区分	要支援(1 2)・要介護(1 2 3 4 5)				保険給付制限		☐ 有 ☐ 無		
所得分布の 状況等	☐ 世帯課税		☐ 承認しない						
	☐ 配偶者課税		☐ 承認しない						
	☐ 預貯金等超過		☐ 承認しない						
	☐ 世帯非課税		食費負担限度額		居住費負担限度額				
	I ☐ 生活保護の受給者 老齢福祉年金受給者		300円		ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室①	従来型個室②	多床室
					880	550	380	550	0
	合計所得金額と 課税年金収入 額と非課税年金 収入額の合計	II ☐ 80万円 以下	施設	短期入所	ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室①	従来型個室②	多床室
			390円	600円	880	550	480	550	430
		III① ☐ 120万円 以下	施設	短期入所	ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室①	従来型個室②	多床室
			650円	1,000円	1,370	1,370	880	1,370	430
III② ☐ 120万円 超		施設	短期入所	ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室①	従来型個室②	多床室	
	1,360円	1,300円	1,370	1,370	880	1,370	430		

同 意 書

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関に私及び配偶者の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、佐賀中部広域連合が照会することに同意します。

佐賀中部広域連合長 様

令和 年 月 日

〈本人〉

住所

氏名

〈配偶者〉

住所

氏名
