

関係事業所 御中

八幡浜市保健センター介護サービス係

介護保険負担限度額認定の更新申請について

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、標記の件につきまして、現在認定している方の有効期限が、平成 26 年 6 月 30 日までとなっております。

つきましては、更新のための申請書を添付いたしますので、お手数をおかけいたしますが、申請書を利用者様へお渡しいただくか、代行申請をしていただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお申請書につきましては、八幡浜市のホームページよりダウンロード出来ますのでご利用ください。

八幡浜市ホームページ TOP の暮らしの情報（介護福祉）>介護保険サービス案内（申請書様式など）>介護サービス関係申請書・書式ダウンロード

<http://www.city.yawatahama.ehime.jp/03jyouhou/kaigofukushi/00fukushisougou/kaigo/kaigo.html#sinseisyoo>

記

1. 提出期限 **平成 26 年 6 月 13 日(金)**
2. 提出場所 八幡浜市保健センター介護サービス係
3. その他
 - ①申請日は**平成 26 年 7 月 1 日**としてください。
 - ②申請書をパソコンで作成していただいても構いません。
 - ③印鑑は不要です。
 - ④同封の送付状に申請書を添付して提出してください。
 - ⑤提出期限後は、随時申請願います。

(注意) この通知は、介護保険施設、短期入所事業所及び市内所在の居宅介護支援事業所に送付しております。事業所間で重複して申請のないようお願いします。

〒796-0021

愛媛県八幡浜市松柏乙 1101 番地
八幡浜市保健福祉総合センター 内

八幡浜市 市民福祉部

保健センター 介護サービス係 担当：奥嶋

TEL 0894-24-6628 FAX 0894-24-6652

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		3 8 2 0 4 4			
	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（※1）	〒 1.老人福祉施設 2.老人保健施設 3.療養型医療施設 4.短期入所生活介護 5.短期入所療養介護 (該当サービスに○印を付してください。)					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(※2)	平成 年 月 日					
負担限度額申請事由	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、1に該当する以外のもの 3 その他 ()					
<p>八幡浜市長様</p> <p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号</p>						
<p>※1 施設に住所を設定されている方は、記入不要です。 ※2 介護保険施設に入所(院)しない場合は、記入は不要です。</p> <p>市記入欄(何も記入しないでください)</p>						
交付年月日	備 考					
年 月 日	世帯課税状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 ※ 課税の場合 → (<input type="checkbox"/> 世帯員課税 <input type="checkbox"/> 本人課税)				
適用年月日	認定の可否	<input type="checkbox"/> 承認する <input type="checkbox"/> 承認しない				
年 月 日 から	本人課税年金収入等額	円				
有効期限	負担段階	<input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階 <input type="checkbox"/> 4段階				
年 6 月 30 日 まで	備 考					

食費及び居住費(滞在費)の基準費用額及び負担限度額

(円/日)

1段階 ・市民税非課税世帯で老齢福祉年金受給者 ・生活保護受給者	食費		300
	居住費	ユニット型個室	820
		ユニット型準個室	490
		従来型個室(特養)	320
		従来型個室(老健・療養)	490
		多床室	0

2段階 市民税非課税世帯で、前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の方	食費		390
	居住費	ユニット型個室	820
		ユニット型準個室	490
		従来型個室(特養)	420
		従来型個室(老健・療養)	490
		多床室	320

3段階 市民税非課税世帯で、前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円を超える方	食費		650
	居住費	ユニット型個室	1,310
		ユニット型準個室	1,310
		従来型個室(特養)	820
		従来型個室(老健・療養)	1,310
		多床室	320

基準費用額 市民税課税世帯の方	食費		1,380
	居住費	ユニット型個室	1,970
		ユニット型準個室	1,640
		従来型個室(特養)	1,150
		従来型個室(老健・療養)	1,640
		多床室	320

<送付状>

平成 年 月 日

八幡浜市保健センター
介護サービス係 行

(提出代行者)

事業所名

.....
代表者名
.....

介護保険負担限度額認定申請書の提出について

標記の件について、別紙のとおり提出いたします。

1.申請書枚数 _____ 枚

2.認定証及び認定決定通知書は事業所への送付を (どちらかに○をつけてください)

1.希望する

2.希望しない

※希望する場合は、送付先欄に記入をしてください。

(送付先)

住 所	
名 称	1.老人福祉施設 2.老人保健施設 3.療養型医療施設 4.短期入所生活介護 5.短期入所療養介護 6.居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> (該当サービスに○印を付してください)
担当者	(部署名・氏名) 電話番号

<注意事項>

- 担当者欄は必ず記入してください。
- 事業所を併設されている事業所の方は、名称の記入にご注意ください。