

# 介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号		4	6	2	1	7	6
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女						
住所	〒 電話番号								
介護保険施設の所在地及び名称（*）	〒 電話番号								
入所（院）年月日（*）	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（ ）								
曾 於 市 長 様  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。 なお、認定の決定に関して、私の世帯について必要な課税資料を閲覧することに同意します。  平成 年 月 日  住所  申請者 （被保険者）  氏名 電話番号  印									

\* 介護保険施設に入所（院）しない場合には、記入は不要です。

\* ここより下は市記入欄

交付年月日	備 考	
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)	利用者負担段階  段階
適用年月日	① 非課税世帯 ・ 老齢福祉年金 ・ 生保	
年 月 日	② 合計所得金額＋課税年金収入額 ( )	
有効期限	③ 保護申請却下 ・ 境界層	
年 月 日	④ 課税世帯 ( )	
	⑤ 申請却下( ) 年 月 日確認( )	

	氏 名	生年月日	備 考
世帯主			
世帯員			