

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 | 1 2 2 1 9 2 |
| 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 (※) | 〒 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 () | | |
| <p>(あて先) 市原市長</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 申請者 氏名</p> <p>電話番号</p> | | | |

※ 介護保険施設に入所 (院) しない場合には、記入は不要です。

市 (町村) 記入欄

| 交付年月日 | 備 考 |
|-------------|---------------|
| 年 月 日 | (所得分布の状況等を記入) |
| 適用年月日 | |
| 年 月 日 から | |
| 有効期限 | |
| 年 月 日 まで | |