

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ 被保険者氏名	イチハラ タロウ 市原 太郎	保険者番号	1 2 2 1 9 2
		被保険者番号	1 0 0 0 0 6 6 6 6 6
生年月日	大10年 1月 1日	性別	男
住所	〒290-0073 市原市国分寺台中央0-00-0 電話番号 0436-00-0000		
の所在地及び 名称 (※)	〒290-0073 市原市西国分寺台0-00-0 介護老人保健施設 国分寺ケアセンター 電話番号 0436-00-0000		
入所(院) 年月日 (※)	17年 7月 5日		
負担限度額 申請理由	<input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> その他 ()		

入所(院)しない場合は空白

入所(院)しない場合は空白

該当する番号に○不明の場合は未記入でも結構です。

市原市長

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。

平成17年 9月 20日

住所 市原市国分寺台中央0-00-0

申請者

電話番号 0436-00-0000

氏名 市原 花子

※ 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	
有効期限	
年 月 日	