

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号		2	9	3	4	4	9
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0	0		
生年月日	明・大・昭 年 月 日								
住 所	〒 ー								
	電話番号 ー ー								
介護保険施設の所在地及名称	〒 ー <u>特養・老健・療養型</u>								
入所する居室の種類	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(※)	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 ()								
斑 鳩 町 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。 平成 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 電話番号 ー ー									

※ 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	