

フリガナ	必須	保険者番号		1	4	3	6	6	9
被保険者氏名	必須	被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	必須	男	女	
住所	〒 電話番号								
介護保険施設の所在地及び名称 (*)	〒 施設名は必ず記入 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( )								
開成町長 様 上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額の申請をします。 平成 年 月 住所 申請者 電話番号 氏名									

\* 介護保険施設に入所 (院) しない場合には、記入不要です。

町担当 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	お願い...上記記載の申請者と、窓口にお越しいただいた方が異なる場合は、その方の氏名、連絡先住所、電話番号をこの備考欄に必ず記入してください。
年月日 から	
有効期限	
年月日 まで	