

介護保険負担限度額認定申請書

様式 1

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		1	4	3	6	6	9
		被保険者番号							
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()								
開成町長 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 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	
年月日	
から	
有効期限	
年月日	
まで	