

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号	132191
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日		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			
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()		
狛江市長 あて 上記のとおり、食費・居住費にかかる負担限度額認定を申請します。 なお、負担限度額の算定にあたり、公簿等により所得状況等の確認を受けることに同意します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号			

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	