

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号	2 8 3 8 1 2
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女
住所	〒 ー 稲美町	電話番号	ー ー
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 ー	電話番号	ー ー
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上記1に該当する以外のもの 3 その他（ ）		
<p style="text-align: center;">稲美町長 様</p> <p style="text-align: center;">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。 なお、申請にあたり私及び同居家族の収入状況について調査されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>申請者 <u>住所</u> （被保険者） <u>氏名</u> <u>電話</u> ー ー</p>			

※ 介護保険施設に入所（院）しない場合には、記入は不要です。

以下町記入欄

交付年月日	備考欄	
年 月 日		
適用年月日	年度住民税課税状況	
年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 世帯非課税 { <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 合計所得と課税年金収入の合計額が年額80万円以下のもの等 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 前記に該当する以外のもの	
	<input type="checkbox"/> 世帯課税 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
有効期限	審査結果	利用者負担段階
年 月 日 まで	承認 ・ 非承認	第 段階