

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			保 険 者 番 号	282103	
被保険者氏名			被 保 険 者 番 号	0000	
生年月日	明・大・昭	年 月 日	性 別	男 ・ 女	
要介護度	要支援 要介護	新規申請中 ・ 区分変更申請中 ・ 更新申請中			
住 所	〒 加古川市 電話番号 () -				
現在利用中または 利用予定のサービス	施設入所（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設） ショートステイ（短期入所生活介護・短期入所療養介護（老健・療養型））				
介護保険施設の名称			入所(院)日	年 月 日	
介護保険施設の 所在地 (入所(院)中の場合)	〒 ※住所と同じ場合は記入不要です。 電話番号 () -				
負 担 限 度 額 申 請 事 由	1 市県民税世帯非課税者（世帯全員が市県民税非課税） 2 その他（生活保護受給・老齢福祉年金受給）				
<p style="text-align: center;">加古川市長様</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、所得状況等について関連部署の資料により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 style="text-align: center;">申 請 者 氏 名 _____ (被保険者本人)</p>					

<この申請書を提出される方（本人以外の場合）>

氏 名 _____ (続柄) _____ 電話番号 () -

※太枠内のみご記入下さい

<市記入欄>

所得把握	備考欄	交付年月日	受 付 印
利用者負担 段階	課税年金収入額 _____ 円		
<input type="checkbox"/> 第1段階 300円	合計所得金額 _____ 円	適 用 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 第2段階 390円	生活保護受給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		受 付 者
<input type="checkbox"/> 第3段階 650円	老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有 効 期 限	
<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 中途資格取得		