

## 介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	2 8 2 1 6 0			
		被保険者番号				
生年月日	明・大・昭 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(※1)	〒 _____ 住 所 _____ 施設名 _____ 電話番号 _____					
入所(入院)年月日(※1)	平成 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 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 ( _____ )					
<p>高砂市長 様</p> <p>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。</p> <p>なお、申請にあたり、本人及び世帯員の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>平成 年 月 日</p> <p>申請者(被保険者) _____ ⑩</p> <p>届出者(※2) _____ (続柄: _____) 電話 _____</p> <p>住所 _____</p>						

(※1) 介護保険施設に入所(入院)しない場合には、記入不要です。

(※2) 届出者が被保険者ご本人の場合は、届出者欄の記載は不要です。

<市記入欄>

交付年月日等	世帯状況等		備 考	
交付年月日 年 月 日				
適用年月日 年 月 日	決定事項	処理日		受付日
有効期限 年 月 日	<input type="checkbox"/> 承認	担当		
	<input type="checkbox"/> 非承認			