

介護保険負担限度額認定申請書

(特定入所者介護(介護予防)サービス費)

平成 年 月 日

廿日市市長 様

以下のとおり食事・居住費に係る負担限度額認定の申請を行います。

なお、審査に当たって、私の世帯全員の住民票の原本及び市町村民税課税台帳を確認することを承認します。

フリガナ 被保険者 (申請者) 氏名		保険者番号	廿日市市	3	4	2	1	3	9
		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 の名称(※)									
介護保険施設 の所在地 (※)	〒 電話番号 ()								
入所年月日 (※)	昭・平 年 月 日								
負担限度額 申請事由 (該当する番号 に○印を付す)	1 生活保護受給者、又は市町村民税非課税世帯に属している老齢福祉年金受給者等 2 市町村民税非課税世帯に属しており、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額80万円以下の者等(1に該当する場合を除く) 3 市町村民税非課税世帯に属しており、2に該当する以外の者等 4 その他 ()								

(※)の部分は、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の入所者のみ記入してください。短期入所生活介護、短期入所療養介護の利用者は記入する必要はありません。

市記入欄(記入しないでください。)

交付年月日	備 考					
年 月 日	生活保護受給 世帯員数	有 人	無 世帯	老齢福祉年金受給 市町村民税世帯課税状況	有 非課税	無 課税
適用年月日						
年 月 日 から						
有効期限	本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計額					円
年 月 日 まで	認定結果	該当	非該当			
	第1段階	第2段階	第3段階			