

平成 年度 介護保険負担限度額認定申請書

ご本人の氏名・被
保険者番号・生年
月日・住所を記入
してください

ください。

保険者氏名		保険者番号	
フリガナ	カゴ イチロウ	1 3 1 0 8 6	
介護 一郎		被保険者番号	
		0 0 0 0 9 8 7 6 5 4	
生年月日	明治・大正・昭和 15年 12月 24日生		
住所	〒 135-0024 江東区深川 1-1-1		
介護保険施設等の所在地	〒 135-0091 江東区東陽 1-1-11		
介護保険施設等の名称	(ショートステイ・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) 介護老人保健施設 江西 電話番号 03-0000-XXXX		
入所年月日	18年 8月 2日 (予定日でも可)		
負担限度額申請事由 (該当するものに○をしてください)	1 本人および同一世帯員全員が住民税非課税であり、かつ本人が老齢福祉年金を受給している方もしくは生活保護受給者 2 本人および同一世帯員全員が住民税非課税であり、かつ本人の合計所得金額と課税年金収入の合計額が年額80万円以下の方 3 本人および同一世帯員全員が住民税非課税であり、上記1、2に該当しない方 4 その他()		
江東区長 殿 上記のとおり食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定申請書 平成 年 月 日 申請者 住所 江東区大島 4-5-1 氏名 介護 松太郎 被保険者との続柄(子) 電話番号 03 (AAAA) BBBB			

入所する施設の所在地、名称、入所日を記入します。入所年月日は予定日でも可です。

申請事由に をしてください

【ここから下は記入してください】

申請される方の住所、氏名、電話番号、続柄を記入します

適用年月日	備考
年 月 日	住民税: 非課税() 課税()
有効期限	保険料滞納: 有 無
年 月 日	老齢福祉年金: 有 無 生活保護: 有 無
	合計所得金額+課税年金収入額 ()円
	()該当 第()段階
	()税制改正による非該当 → () 1 4...第2段階該当
	()非該当 () 2 4...第3段階該当
	() 3 4

受付	入力	係長

<世帯員名>

<個人番号>

_____	_____
_____	_____
_____	_____

受付

--