平成 23 年度　介護保険負担限度額認定申請書

※太線の中を記入してください。

被保険者氏名	保険者番号
フリガナ	1 3 1 0 8 6
	被保険者番号

生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日生
住所	〒
介護保険施設等の所在地	〒
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） 電話番号
入所年月日	年　　月　　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の申請をします。

平成　　年　　月　　日

申請者　住所

氏名

被保険者との続柄（　　）　電話番号　（　　）

【ここから下は記入しないでください】

交付年月日	備考
年　月　日	住民税：　非課税（　　）　課税（　　）
適用年月日	保険料滞納：有　無
年　月　日	老齢福祉年金：有　無　　生活保護：有　無
有効期限	合計所得金額＋課税年金収入額　（　　）円
２４年　６月　３０日	（　）該当　第〔　〕段階
	（　）非該当

受付	入力	係長

〈世帯員名〉　〈個人番号〉

受付