

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																			
	被保険者番号																			
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男 ・ 女														
住 所	〒 電話番号																			
介護保険施設の所在地及び名称 ()	〒 電話番号																			
入所する居室の種別	1 ユニット型個室			2 ユニット型準個室			3 従来型個室			4 多床室										
入所(院)年月日()	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 万円以下のもの等 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 ()																			
宍粟市長 様 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。 平成 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名																				

介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。

市 記 入 欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	
年 月 日	
から	
有効期限	
年 月 日	
まで	