

町受付

広域受付

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	324491
		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 (※)	〒 電話番号		
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 ()		
<p>邑智郡総合事務組合管理者 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するとともに、私及び世帯員の市町村民税課税状況について課税台帳を閲覧されることに同意します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>氏名 印 電話番号</p>			

※ 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(町村)記入欄

交付年月日	備 考			町担当者確認印
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)			
適用年月日	高齢福祉年金受給	有り	無し	
	生活保護受給	有り	無し	生活保護境界層 証明有り
年 月 日	市町村民税課税状況	非課税	課 税	
から	合計所得金額と課税年金収入額の合計	80万円以下	80万円超	保険者担当者確認印
有効期限	負担限度額 食費 (円)	ネット型個室	ネット型準個室	
年 月 日		従来型個室(特)	従来型個室(老療)	多床室
まで	決定情報	(承認する ・ しない)		