

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		4 6 5 3 3 6	
		被保険者番号	5 3 3		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女		
住 所	〒 電話番号				
介護保健施設の所在地及び名称(※)	〒 電話番号				
入 所 (院) 年月日 (※)	1. 入所 (入所年月日：平成 年 月 日) 2. ショートステイ				
負担限度額 申請事由	1 生活保護受給者の方 又は、老齢福祉年金受給者で、世帯全員が市町村民税非課税の方 2 世帯全員が市町村民税非課税で、本人の合計所得金額と公的年金収入額等の合計額が年額80万円以下の方 3 世帯全員が市町村民税非課税で、本人の合計所得金額と公的年金収入額等の合計額が年額80万円超える方				
<p style="text-align: center;">和泊町長 様</p> <p style="text-align: center;">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、私及び世帯員の町村民税課税状況について税担当課の資料により調査されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 住所 申請者 氏名 ⑩ 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。

町記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を把握) * 本人課税 無 有 * 世帯課税 無 有 * 本人合計所得額 + 課税年金収入額 80万円以下 80万円を超える * 老齢福祉年金 無 有 * 生活保護 無 有 非該当 1段階 2段階 3段階
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	