

介護保険負担限度額認定申請書

| | | | |
|---|--|--------|--------|
| フリガナ | | 保険者番号 | 235010 |
| 被保険者氏名 | | 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（※） | 〒 | | |
| 入所（院）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（ ） | | |
| 幸 田 町 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 氏名 電話番号 | | | |

* 介護保険施設に入所（院）しない場合には、記入は不要です。

幸田町記入欄

| 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 | 介護度 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 |
| 年 月 日 から | 利用者負担段階 1・2・3・4 収入 80万円以下・80万円超 |
| 有効期限 | 施設入所 有・無 |
| 年 月 日 まで | 入所日 年 月 日 |