

## 介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号	322024
被保険者氏名		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 市長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( )		

浜田地区広域行政組合管理者 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税担当課の資料により調査されることに同意します。**

平成 年 月 日

住所

申請者

氏名

印

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。

### 市(町村)記入欄

交付年月日	備 考	
年 月 日	所得区分等の状況	
適用年月日	決定情報	( 承認する ・ しない )
年 月 日 から	負担限度額	(食費) (ユニット型準個室) (ユニット型個室) (従来型個室：特養等) (従来型個室：老健・療養等) (多床室)
有効期限	その他状況	
年 月 日 まで		