

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			保険者番号		4	0	2	1	9	8
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	〒816 - 大野城市		電話番号							
利用サービス	・ 施設入所		・ ショートステイ							
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 style="text-align: center;">大野城市長 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します。なお、認定に必要な課税状況については、地方税法に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>										

介護保険施設に入所(入院)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	
送付先	