

介護保険負担限度額認定申請書

①

受 付						受付者						
フリガナ						保 険 者 番 号	1	0	2	0	5	3
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(※)	〒											
入所(入院)年月日(※)	年	月	日	※介護保険施設に入所(入院)しない場合には、記入不要です。								
負担限度額申請事由	1 市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80万円以下の者等 2 市民税世帯非課税者であって、1に該当する以外の者 3 その他 ()											
<p>(宛先) 太田市長</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します。 なお、この認定のために、私の世帯の収入状況等を貴職が確認することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>申請者 (被保険者) 氏名 印</p> <p style="text-align: center;">(申請者と同じ場合は記入不要です)</p> <p style="text-align: center;">住所 電話番号 ()</p> <p>届出者 氏名 印 本人との関係 ()</p>												

市記入欄

交付年月日	備 考	区 分
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)	新規
適用年月日	第 1 段階 第 2 段階 第 3 段階 第 4 段階	更新
年 月 日		転居
有効期限		その他
年 月 日		(生保・)