

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			保険者番号	1 1 2 3 2 6					
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(※)	〒		この欄は、ショートステイ利用の方は、記入不要です。 電話番号 ()						
入所する居室の種類	1. ユニット型個室		3. 従来型個室(特養等)		5. 多床室				
	2. ユニット型準個室		4. 従来型個室(老健・療養等)						
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()								
久喜市長 あて 上記のとおり食費及び居住費に係る負担限度額認定の申請をします。 また、負担限度額認定の確認のため、私の課税情報等必要な個人情報の収集を、久喜市介護福祉課が行うことに同意します。 平成 年 月 日 住所 申請者 電話番号 () (被保険者)氏名 印 (本人が署名する場合は、押印の必要はありません。)									

(※) 介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入不要です。

市(町村) 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	