

# 記入例

## 介護保険負担限度額認定申請書

|  |  |  |        |               |    |       |   |   |   |   |   |
|--|--|--|--------|---------------|----|-------|---|---|---|---|---|
| フリガナ   | クキ タロウ   |  | 保険者番号  | 1 1 2 3 2 6   |    |       |   |   |   |   |   |
| 被保険者氏名   | 久喜 太郎  |  | 被保険者番号 | ×             | ×  | ×     | × | × | × | × | × |
|  |  |  | 生年月日   | 明・大・昭 ×年×月×日生 | 性別 | 男 ・ 女 |   |   |   |   |   |
| 住所   | 〒 346-8501<br>久喜市下早見85-3 電話番号 0480(22)1111   |  |        |               |    |       |   |   |   |   |   |
| 介護保険施設の所在地及び名称(※)  | 〒346-8501<br>久喜市下早見85-3 介護老人福祉施設 久喜ホーム 電話番号 0480(22)1111<br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">ショートステイ利用の方は記入不要です</div>  |  |        |               |    |       |   |   |   |   |   |
| 入所する居室の種別  | ①. ユニット型個室                      3. 従来型個室(特養等)                      5. 多床室<br>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(※)  | 平成××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<br>② 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当する<br>③ その他( )<br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">該当されるところに○してください。(未記入でも可)</div> |  |        |               |    |       |   |   |   |   |   |
| 久喜市長 あて<br><br>上記のとおり食費及び居住費に係る費用の負担限度額認定の確認のため、申請者の住所、氏名は被保険者本人の住所、氏名を記入してください。福祉課が<br>また、負担限度額認定の確認のため、申請者の住所、氏名は被保険者本人の住所、氏名を記入してください。福祉課が<br>行うことに同意します。<br>平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日<br>住所 久喜市大字下早見85-3<br>申請者 氏名 久喜 太郎 印 電話番号 0480(22)1111 |  |  |        |               |    |       |   |   |   |   |   |

(※) 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    |               |