

介護保険負担限度額認定申請書

カガナ 被保険者指名	保険者番号		0	9	3	6	7	4
	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 の住所地及び 名称 (1)	〒		電話番号					
入所する居室の 種別 (2)	1 ユニット型個室		4 従来型個室 (老健・療養等)					
	2 ユニット型準個室		5 多床室					
	3 従来型個室 (特養等)							
入 所 (院) 年月日 (1)	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 に該当する以外もの 3.その他 ()							
岩 舟 町 長 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します。 平成 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号								

- 1 介護保険施設に入所 (院)) しない場合には、記入は不要です。
- 2 介護保険施設の入所 (院) する居室が決定していない場合は、記入は不要です。

町記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	