

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		2 2 3 4 4 6
		被保険者番号		
生年月日		性別		
住所	〒		電話番号	
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒		電話番号	
入所（院）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（ ）			
小山町長様 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。 また、認定事務に伴う個人情報の閲覧に同意します。 平成 年 月 日 住所 申請者 氏名				
		電話番号		
		印		

※ 介護保険施設に入所（院）しない場合には、記入は不要です。

町記入欄

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	