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	1 1 3 8 5 2
		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（※）	〒 電話番号		
利用状況	１．施設入所　　２．短期入所		
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（　　）		

上里町長 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　　電話番号

申請者

氏名（被保険者）　　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。

上里町記入欄

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	（所得分布の状況等を記入） １．住民税世帯課税（１．本人　　２．本人以外 ） ２．住民税世帯非課税 １．合計所得金額と課税年金収入額の合計が年額８０万円以下のもの ２．上記以外のもの 確認担当者印