

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				
		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					
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（ ）					
横瀬町長 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 電話番号						

※ 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	

