

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ	イワイズミ ハナコ	保険者番号	0 3 4 8 3 5
被保険者氏名	岩泉 花子	被保険者番号	被保険者番号を記入
生年月日	明・大・昭 43年 11月 20日生	性別	男・ 女
住所	〒027-0595 岩泉字惣畑59-5 電話番号0194-22-2111		
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 <input type="text"/> 入所している、若しくは入所する施設の名称、所在地を記入。 入所しない場合は不要。 電話番号		
入所(院)年月日(※)	平成12年 4月 1日		
負担限度額申請事由	<input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 3 その他 ()		
岩泉町長 様 上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。 平成 年 月 日 住所 岩泉字惣畑59-5 申請者 氏名 岩泉 太郎		電話番号0194-22-2111 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">該当する番号に○をつける。</div>	

※ 介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。

市町村記入欄

交付年月日	備 考	
年 月 日	所得状況等 (該当区分)	
適用年月日	生活保護 有・無	1. 該 当
年 月 日	老福年金 有・無	
有効期限	保険料 第 段階	
年 月 日	年金収入 円	
要 介 護 度	合計所得 円	
支 ()・要 ()		

市町村記入欄ですので、記入しないで下さい。

(伺い)

上記のとおり決定し、別添により決定通知することとしてよろしいか伺います。

決 裁	課 長	総括室長	室 長	室 員	担 当