

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	292029	
		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. 生活保護受給者、老齢福祉年金受給者で世帯全員が市民税非課税の方 2. 市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80万円以下の方 3. 市民税世帯非課税者であって、2に該当する以外の方 4. その他()			
<p>大和高田市長 様</p> <p>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、この申請に基づき介護保険課から各担当課に世帯全員の市・県民税情報及び年金情報の閲覧・照会を行われることについては、何ら異議もなく同意します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 電話番号 申請者 氏名 印 続柄()</p>				

※ 介護保険施設に入所(院)しない場合は、記入は不要です。

市記入欄

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	