

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			保険者番号		2	3	2	2	1	5
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0			
			生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男	・
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( )									
新 城 市 長 様 上記のとおり食事・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。 なお、この申請に当たり、世帯構成員を含めた市民税課税状況調査に同意します。  平成 年 月 日 住 所  申請者 氏 名										

※ 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 記 入 欄 >

減 免 申 請 事 由									
市民税(本人)	課 税 ・ 非課税			生活保護	老齢福祉年金	段 階			
市民税(世帯)	課 税 ・ 非課税			有 ・ 無	有 ・ 無	第 段 階 承認 ・ 却下			
合計所得		課税年金収入		合計金額	認 定 日	適 用 開 始 日	有 効 期 限		
円	+	円	=	円	・ ・	・ ・ から	・ ・ まで		

【 送 付 先 】 (申請者とは異なる場合に記入してください)

住 所	〒 -		電話番号	-	-
			宛 名	( )	