介護保険負担限度額認定申請書

ﾌﾘｶﾞﾅ 被保険者氏名		保険者番号				0	7	5	4	2	4
		被保険者番号									
生　年　月　日	生	性　別									
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（　　）										

楢葉町長　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　　電話番号

氏名　　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。

市（町村）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	