

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			保険者番号				1	0	3	6	6	3
被保険者氏名			被保険者番号									
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女						
住所	〒 電話番号											
介護保険施設の住所及び名称( )	〒 電話番号											
入所(入院)年月日	年 月 日				介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。							
負担限度額申請事由	1 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 2 市町村民税非課税者であって、1に該当する以外のもの 3 その他 ( )											
上野村長様 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。 また、私の世帯の課税内容について、調査することに同意します。 平成 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 印												

【村記入欄】

		備考	
交付年月日	(所得分布の状況等を記入)		
年 月 日	確認事項	第4段階以上(市町村民税課税世帯)	
		第4段階(課税層における特例減額措置対象)	
		第3段階(市町村民税非課税世帯)	
		第2段階(前年度合計が80万円以下)	
		第1段階(老齢福祉年金・生活保護受給者)	
適用年月日			
年 月 日 から	決定事項	負担限度額(食費)	日額 円
		負担限度額(居住費)ユニット型個室	日額 円
負担限度額(居住費)ユニット型準個室		日額 円	
負担限度額(居住費)従来型個室[特養等]		日額 円	
負担限度額(居住費)従来型個室[老健・療養等]		日額 円	
負担限度額(居住費)多床室		日額 円	
有効年月日			
年 月 日 まで			