

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ	-----		保険者番号		2	7	2	2	6	0
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日			性別							
住所	電話番号									
介護保険施設の所在地及び名称 <small>ショートステイの場合は記入不要です。</small>	電話番号									
	入所(院)年月日									
負担限度額 申請事由	1 市民税非課税世帯であって、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額80万円以下等であるため。 2 市民税非課税世帯であって、1に該当する以外であるため。 3 その他()									

藤井寺市長 殿

上記のとおり食費・住居費に係る負担限度額認定の申請をします。
 なお、必要がある場合は、保険者が私及び私の世帯員の所得状況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
 (被保険者本人)

氏名

電話番号

印 () -

藤井寺市記入欄

交付年月日	備考
平成 年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	
平成 年 月 日 から	
有効期限	
平成 年 月 日 まで	