

## 介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号					
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	
介護保険施設の所在地および名称 ( )	〒					電話番号	
入所(院)年月日( )	平成 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( )						
長 浜 市 長 様  上記のとおり食費および居住費に係る負担限度額認定の申請をします。 なお、当該申請に伴い私並びに世帯員の市民税の課税状況を把握されることについて同意します。  平成 年 月 日 住所 _____  氏名 _____ 印 _____ 電話番号 _____							

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

交付年月日	備 考			
年 月 日	食費	ユニット型	従来型個室	多床室
適用年月日	第1段階: 300円	820円	490円(320円)	0円
年 月 日	第2段階: 390円	820円	490円(420円)	320円
有効期限	第3段階: 650円	1,640円	1,310円	320円
年 月 日 まで	課税	第4段階		