

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号		1	7	2	1	0	6
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
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(※)	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								
<p>(あて先) 白山市長</p> <p>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。 なお、申請に係る資格の認定に必要な税関係書類の調査をされても異議は申し立てません。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者氏名 印 (本人)</p> <p>代理人 住所 電話番号 氏名 印 本人との続柄</p>									

(※) 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	確認欄《課税状況等》
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日	
有効期限	
年 月 日	
却下年月日	却下理由
年 月 日	