

## 介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		2	8	2	1	2	9
		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（※）	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 市町村民税世帯非課税者であって、老齢福祉年金受給者又は生活保護受給者 2 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 3 市町村民税世帯非課税者であって、1・2に該当する以外のもの 4 その他（ _____ ）								
赤穂市長  上記のとおり食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。  平成 年 月 日  住所 _____ 申請者 _____ 電話番号 _____ 氏名 _____									

### 赤穂市記入欄

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	