

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	252023
			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および名称 ()	〒 電話番号			
入所(院)年月日 ()	年 月 日			
負担限度額申請理由	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()			
彦根市長 様 上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請します。なお、この申請に伴う世帯員の市町村民税の課税状況と被保険者本人の合計所得額、課税年金収入額等を把握されることについて同意します。 平成 年 月 日 申請者 住 所 (被保険者) 氏 名 電話番号 代筆者 住 所 氏 名 (続柄) 電話番号				

が付いた欄は、ショートステイおよびデイサービスのみの利用の場合には、記入不要です。

彦根市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	

