

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	9	2	1	1	0
			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									
対象サービスの種類	1 介護老人福祉施設		4 短期入所生活介護							
	2 介護老人保健施設		5 短期入所療養介護							
	3 介護療養型医療施設		6 その他 ( )							
介護保険施設等の所在地及び名称	〒  電話番号									
入所(院)年月日	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 ( )									
葛城市長 様  上記のとおり食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定の申請をします。  平成 年 月 日  住所 申請者 氏名 電話番号 印										

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	*本人市民税課税状況	無 有(均等割 所得割 )
	*世帯市民税課税状況	無 有
年 月 日	*本人合計所得金額	円
から	*本人公的年金収入	円
	* 合計	円
有効期限	*高齢福祉年金受給	無 有
	*生活受給	無 有
年 月 日	*所得段階区分	1段階・2段階・3段階・4段階
まで		