

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号		3	7	3	4	1	5
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								
介護保険施設の住所及び名称（※）	〒 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(
三木町長 様 上記のとおり <u>食費・居住費に係る負担限度額認定</u> の申請をします。 平成 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 印									

※ 介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。

三木町記入欄

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	