

介護保険負担限度額認定申請書

丸森町長 殿

令和 年 月 日

次のとおり関係書類を添えて、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。

フリガナ			被保険者番号	0	9										
被保険者氏名			個人番号												
生年月日	大・昭	年	月	日	性別			男・女							
住所	〒														
電話番号															
介護保険施設名称(※)															
入所年月日(※)	年	月	日	※介護保険施設に入所（院）していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。											

配偶者の有無	有・無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。																					
配偶者に関する事項	フリガナ												個人番号										
	氏名												個人番号										
	生年月日	大・昭	年	月	日																		
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者住所と同じ 〒																					
	本年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ																					
	課税状況	市町村民税 課税・非課税																					

申請者氏名			被保険者との関係										
住所	〒		電話番号										

●裏面の収入や預貯金等に関する申告についても記入してください。

【丸森町記入欄】

認定内容	認定・却下 利用者負担段階	却下 段階	交付年月日	年 月 日
適用年月日	年 月 日	(状況等を確認) ア 配偶者 有・無 イ 市町村民税非課税証明書 ウ 預貯金等の残高を証明するもの エ 公簿 オ その他 ()		世帯の課税状況 非課税・課税
有効期限	年 7月31日	所得額 円 年金収入額 円 遺族・障害年金 円 合計 円		老齢福祉年金の受給 有・無 生活保護の受給 有・無