

# 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											
	生年月日	大・昭	年	月	日							
	住所	被保険者住所と同じ										
		〒										
		電話番号										
本年1月1日現在の住所	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	被保険者と同じ			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( ) 所得額 _____ 円 年金収入額 _____ 円 遺族・障害年金 _____ 円 合計 _____ 円		世帯の課税状況 非課税・課税
有効期限	年 7月31日			老齢福祉年金の受給 有 ・ 無
				生活保護の受給 有 ・ 無