

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	<input type="checkbox"/> 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		交付年月日	年 月 日
	利用者負担段階	段階		
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	老齢福祉年金の受給 有 ・ 無
		年金収入額	円	
		遺族・障害年金	円	生活保護の受給 有 ・ 無
		合計	円	