

介護保険負担限度額認定申請書

姫路市長 様

申請日 平成¹ 年 月 日⁶

下記のとおり食事・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。
 また、食費・居住費に係る負担限度額の決定のために必要のあるときは、私の収入状況及びその他必要事項について、税務資料などの公簿等により調査されること、及び当該申請に対する決定事項について、居宅介護支援事業者、介護サービス提供施設に対して、姫路市が情報を提供することに同意します。

(太線の枠内のみ記入してください)

本人同意欄

㊞

【被保険者】

フリガナ		被保険者 番号 ⁷	
被保険者氏名	㊞	番 号	
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 () -		
負 担 限 度 額 申 請 事 由	1. 市民税世帯非課税者であって、合計所得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 ()		
老齡福祉年金を受給していますか (該当に○をつけてください)	はい・いいえ ※「はい」の場合、老齡福祉年金の証書 記号番号を (証書 記号番号) ↳※「はい」の場合、老齡福祉年金の証書 記号番号を記載してください。		
生活保護を受給していますか	はい・いいえ		
備 考 欄			

【入所(院)施設等】

介護保険施設の所在地等	〒 () -	施設区分 ¹⁷
介護保険施設の名称		
入所(院)年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	

【保険者記入欄】

データ入力	平成 年 月 日
通知書発送日	平成 年 月 日
住 民 税	課 税 ・ 非課税
老齡福祉年金受給状況	有 ・ 無
生活保護の受給	有 ・ 無
境 界 層	該 当 ・ 非該当
そ の 他	

決定事項	承 認 ・ 非承認
負担限度額	¹⁸ 1. 第一段階 2. 第二段階 3. 第三段階

認定年月日	平成 年 月 日
適用年月日	平成 年 月 日から
有効期限	平成 年 月 日まで
証交付年月日	平成 年 月 日
そ の 他	