

介護保険負担限度額認定申請書

(特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に係る認定申請)

フリガナ		保険者番号		4	6	2	0	8	5
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女						
住所	〒 電話番号 ()								
介護保険施設の所在地、名称及び居室の種類(※)	〒 居室の種類 電話番号 ()								
入所(院)年月日(※)	年 月 日 ※介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。								
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()								
出水市長 様 上記のとおり 食費・居住費 に係る負担限度額の申請をします。 令和 年 月 日 申請者 住所 電話番号 () 氏名									

負担限度額認定証等の送付先は自宅住所でよいですか？(はい・いいえ)

いいえの場合、送付先変更届出書を記入ください。

送付先変更届出書

私の負担限度額証、決定通知書を下記の住所に送付くださるようお願いいたします。

本人氏名 _____

送付先にしてください。

居宅支援事業所 : (〒 -) 様方

入所入居施設 : (〒 -) 様方

その他 : (〒 -) 様方

市記入欄

交付年月日	備 考
令和 年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	市民税 課税・非課税 世帯
令和 年 月 日	1 高齢福祉年金受給者又は生活保護受給者 2 合計所得金額と課税年金収入額の合計が年額80万円以下のもの 3 1,2に該当する以外のもの
有効期限	
令和 年 月 日	
まで	負担限度額 段階