

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号				1	0	3	6	6	3
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										
介護保険施設の住所及び名称（※）	〒 電話番号										
入所（入院）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 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額が年額80万円以下のもの 2 市町村民税非課税者であって、1に該当する以外のもの 3 その他（ ）										
上野村長様 上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。 また、私の世帯の課税内容について、調査することに同意します。 令和 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 印											

【村記入欄】

		備考	
交付年月日	(所得分布の状況等を記入)		
年 月 日	確認事項	第4段階以上（市町村民税課税世帯）	
		第4段階（課税層における特例減額措置対象）	
		第3段階（市町村民税非課税世帯）	
適用年月日	決定事項	第2段階（前年度合計が80万円以下）	
年 月 日 から		第1段階（老齢福祉年金・生活保護受給者）	
有効年月日	決定事項	負担限度額（食費）	日額 円
		負担限度額（居住費）ユニット型個室	日額 円
		負担限度額（居住費）ユニット型準個室	日額 円
		負担限度額（居住費）従来型個室[特養等]	日額 円
		負担限度額（居住費）従来型個室[老健・療養等]	日額 円
年 月 日 まで		負担限度額（居住費）多床室	日額 円