

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号		1 4 3 4 1 2
被保険者氏名		被保険者番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女	
住所	〒 電話番号			
介護保険施設の所在地及び名称 ()	〒		居室種類 1 ユニット型個室 2 準個室 3 従来型個室 4 多床室 電話番号	
利用サービス及び種類	介護老人保健施設 ・ 介護老人福祉施設 ・ 介護療養型医療施設 ・ デイサービス ・ ショートステイ			
入所(院)年月日 ()	年 月 日			
負担限度額申請事由	1 生活保護受給者及び老齢年金受給者 2 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額が年額80万円以下の者 3 市町村民税世帯非課税者であって、2に該当する以外の者 4 その他()			
大磯町長 様 上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。 平成 年 月 日 〒 住所 申請者 電話番号 氏名				

介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。

町記入欄

交付年月日	備 考					
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)					
適用年月日						
年 月 1日						
から						
有効期限						
19年 6月 30日						
まで						

	食費	ユニット個室	ユニット準個室	従来型個室(特費等)	従来型個室(特費)	多床室
1	300	820	490	320	490	0
2	390	820	490	420	490	320
3	650	1640	1310	820	1310	320