

介護保険負担限度額認定申請書

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		
施設 所在地 名称 入所日	〒 電話番号 昭和・平成 年 月 日		
負担限度額 申請理由	1 住民税世帯非課税者であって老齢福祉年金を受給しているもの、生活保護受給者等 2 住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80万円以下のもの等 3 住民税世帯非課税者であって、1および2に該当する以外のもの 4 その他()		
申請期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

豊島区長

上記のとおり申請します。なお、本件に係る税情報の利用に同意します。

平成 年 月 日

住所

申請者

電話番号

氏名

印

区記入欄

	介護保険入所者
利用者負担段階	第 段階

税区分	画面 証明	世帯課税・世帯非課税		受付	審査
		合計所得金額 円			
		課税年金収入額 円			

平成 年 月 日

上記のとおり決定する。

課長	係長	係員

捨印