

# 記入見本

## 介護保険負担限度額認定申請書

被保険者氏名	豊島 花子	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
生年月日	明・ <b>大</b> ・昭 11年 11月 11日	性別	男・ <b>女</b>
住所	〒 170-XXXX 豊島区東池袋X-X-X 電話番号 3981-XXXX		
施設 所在地 名称 入所日	〒 170-XXXX 豊島区東池袋△-△-△豊島 花子 電話番号 3981-△△△△ 介護老人保健施設いけぶくろ 昭和・ <b>平成</b> ○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 1日 ~ 平成 △年 6月 30日		

ショートステイ利用の場合は記入不要

負担限度額の認定申請期間は、申請月の1日から翌年6月30日迄となります  
※但し、1~6月の月途中に申請した場合は申請月の1日から同年6月30日迄となります

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 豊島区東池袋X-X-X

申請者

氏名 豊島 花子

電話番号 3981-XXXX

印



被保険者本人の住所・氏名をご記入の上、捺印して下さい

区記入欄

この欄は記入しないで下さい

利用者負担段階	介護保険入所者 第 段階
---------	-----------------

税区分	画面	世帯課税・世帯非課税		受付	審査
	証明	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

