

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号	0 7 2 0 2 5
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 ()	〒 電話番号 ()		
入所(院)年月日 ()			
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額が年額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 ()		
会津若松市長 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。 平成 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 ()			

()欄は、介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。
申請書に押印は不要です。

市記入欄

交 付 年 月 日	備 考
平成 年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適 用 年 月 日	
平成 年 月 日 から	
有 効 期 限	
平成 年 月 日 まで	