介護保険　負担限度額認定申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 　 | 保険者番号 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　 　月　 　日 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　(　　　)　　　　　 |
| 介護保険施設の所在地及び名称　　（※） | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　(　　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名： |
| 入所（院）年月日　（※） | 年　　 月　 　日　　　 | □介護保険施設入所　□短期入所利用 |
| 負担限度額申請事由 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 丸亀市長宛　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。　　　　　　年　　月　　日 |
| 　　　　　住所　申請者（被保険者）　　　　　氏名 | 電話番号　　　　(　　　) |
| 　　　　　住所申請代行者　　　　　氏名 | 　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　）電話番号　　　　(　　　) |

　※介護保険施設に入所（院）しない場合には、記入は不要です。

保険者記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 市民税課税状況 |  |
| 収入状況 |  |
| 利用者負担 |  |
| 交付年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 発行方法 |  |
| 備考欄 |  |
| 受付年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 受付・入力者 |  | 入力確認者 |  |