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 |  |