

介護保険負担限度額認定申請書

カガナ		保険者番号	0 3 2 0 5 2									
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 ()	住 所											
	施設名	電話番号 -										
入所年月日 ()	平成 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の合計額が年額80万円以下の方等 2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当する以外の方 3 その他 ()											
花巻市長 様 上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額減額を申請します。 平成 年 月 日 住 所 申請者 電話番号 - 氏 名												

介護保険施設に入所（院）しない場合には、記入は不要です。

市記入欄

決定事項	承認する・承認しない	備考 (所得分布の状況等を把握)
決定年月日	平成 年 月 日	
適用年月日	平成 年 月 日 から	
有効期限	平成 年 月 日 まで	
交付年月日	平成 年 月 日	