

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			保険者番号						
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(※)	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()								
壬生町長 様 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。 平成 年 月 日 住所 申請者 氏名 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。

町記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	
年 月 日	
から	
有効期限	
年 月 日	
まで	