

介護保険負担限度額認定申請書

伊丹市長 様

次のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。

| | | | | | |
|-----|----|-----------------------|------|-----|--|
| 申請者 | 氏名 | 本人・家族・親族の方のみ 続柄() | | | |
| | 住所 | 〒 - | 電話番号 | 072 | |

| | | | | | | | | | | | | |
|------|-------|----------|--------|-------------------|-----|---|---|--|--|--|--|--|
| 被保険者 | 申請年月日 | 平成 年 月 日 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| | フリガナ | | 性別・年齢 | 男・女 (歳) | | | | | | | | |
| | 氏名 | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒664- | 伊丹市 | 電話番号 | 072 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----------------|-------|---|------|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| 介護保険施設 について | 名称 | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 - | 電話番号 | - - | | | | | | | |
| | 施設の種類 | 1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. 介護療養型医療施設 4. ショートステイ | | | | | | | | | |
| | 入所年月日 | 平成 年 月 日 (ショートステイの場合は不要) | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請理由 | 1. 市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 万円以下の者 2. 市民税世帯非課税者であって、1. に該当しない者 3. その他() | | | | | | | | | | |
|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

市記入欄

| | | |
|-------|---------|--|
| 交付年月日 | 年 月 日 | 備考(所得分布の状況等) 1. 市民税世帯非課税者(80万円以下) 2. 市民税世帯非課税者(80万円超) 3. その他() |
| 適用年月日 | 年 月 日から | |
| 有効期限 | 年 月 日まで | |

| | |
|--|-----|
| | 確認者 |
| | |