

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号		0	1	2	1	6	1
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0	0		
生年月日	MTS 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（ ）								
芦別市長 様  上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額の申請をします。  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。

芦別市に市道民税の申告をしていない方は、昨年1年間の収入のわかるもの（年金の源泉徴収票等）のコピーを添付してください。

市記入欄

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