

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|-------------|---|---|---|---|--|--|--|--|
| フリガナ | あしべつ たろう | | 保険者番号 | 0 1 2 1 6 1 | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | 芦別 太郎 | | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| 生年月日 | M T S ××年 月 日生 | | 性別 | 男 ・ 女 | | | | | | | | |
| 住所 | 〒075-xx 芦別市 条× 丁目 番地 | | 電話番号 2 × | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の所在地及び名称（ ） | 〒 ×× 市××...番地 × 施設 | | 電話番号 | | | | | | | | | |
| 入所（院）年月日（ ） | 平成 年 月××日 | | 該当個所に をつけてください。 | | | | | | | | | |
| 負担限度額申請事由 | 1 市町村民税世帯非課税者であつて、前年所得総額が年額80万円以下のものであつて、かつ、前年所得総額が年額80万円を超えても、前年所得総額が年額80万円以下のものであること。 | | | | | | | | | | | |
| 2 市町村民税世帯非課税者であつて、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 芦別市 条× 丁目 番地 電話番号 2 × 申請者 氏名 芦別 太郎 | | | | | | | | | | | | |

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 | |