

# 介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号		1	5	3	8	5	8
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日		性別							
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、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額80万円を超えるもの等 3 生活保護受給者または市町村民税世帯非課税者であって、老齢福祉年金受給者等 4 その他( )								
阿賀町 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。 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。

## 市(町村)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	平成 年度世帯課税状況 課税 ・ 非課税
年 月 日	老齢福祉年金 有 ・ 無
から	生活保護 有 ・ 無
有効期限	合計所得金額+課税年金収入額 円
年 月 日	上記確認しました。
まで	年 月 日 阿賀町役場福祉保健課介護保険係