

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			保険者番号		013318
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	- -	
入所する居室の種類 該当「 」囲み	1 ユニット型個室	区分(単位:日)	食費(保険給付外)	居住(滞在)費	
	2 ユニット型準個室	提供・利用 設定額	円/日	円/日	
	3 従来型個室(特養等)	利用者の負担額	円/日	円/日	
	4 従来型個室(老健・療養等)				
	5 多床室				
入所年月日	短期入所 短期入所の場合は「 」囲み				
負担限度申請事由 該当「 」囲み	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()				
<p>松前町長様</p> <p>上記のとおり食費及び居住費に係る負担限度額認定を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名</p> <p>電話番号 - -</p>					
松前町記入欄					
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	第1段階 - ユニ個	ユニ準個	従来個(特養等)	従来個(老健・療養等)	多床室
年 月 日 から	第2段階 - ユニ個	ユニ準個	従来個(特養等)	従来個(老健・療養等)	多床室
	第3段階 - ユニ個	ユニ準個	従来個(特養等)	従来個(老健・療養等)	多床室
有効期限	第4段階 - 特例減額措置 該当する しない				
年 月 日 まで					
・食費	基準費用額	円/日	-	負担限度額	円/日 = 差額 円/日
・居住(滞在)費	基準費用額	円/日	-	負担限度額	円/日 = 差額 円/日
					+ = <input type="text"/> 円/日