

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			保険者番号	332031	
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
住所	〒 番（ ）ー				
介護保険施設の所在地及び名称	〒 番（ ）ー				
入所（院）年月日	昭・平	年	月	日	
負担限度額申請事由 （※必ず記入してください）	1 世帯非課税の老齢福祉年金受給者 あるいは 生活保護受給者 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80万円以下の者等 3 市町村民税世帯非課税者であって、2に該当する以外の者 4 その他（ ）				
津山市長 様 上記のとおり食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定の申請をします。 平成 年 月 日 住 所 申 請 者 （被保険者） 氏 名 印 番（ ）ー					
提出者	住 所 氏 名				続 柄
	番（ ）ー				

津山市記入欄

交 付 年 月 日	備 考	
平成 年 月 日	①利用者負担第１段階 ☐ 世帯非課税の老齢福祉年金受給者 ☐ 生活保護受給者	
適 用 年 月 日	②利用者負担第２段階	
平成 年 月 日	③利用者負担第３段階	
有 効 期 限	☐ 世帯非課税者であって第２段階該当者以外 ☐ 課税層における特例減額措置の適用がある者	
平成 年 月 日	④利用者負担第４段階	境界層該当 有 ・ 無