介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ	カイゴ　タロウ	申請年月日	平成２１年　２月　１日
被保険者氏名	介護　太郎	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
生年月日	明・(大)・昭　１５年　１月　１日	性別	(男)・女
被保険者住所	〒０６０－8611 札幌市中央区北１条西２丁目１－１	電話番号 ０１１（２１１）００００	
利用事業所の所在地及び名称	〒０６０－8611 札幌市中央区北１条西２丁目２－２ 特別養護老人ホーム　○○○○	電話番号 ０１１（２１１）○○○○	
利用ｻｰﾋﾞｽ種類	(施設入所)・短期入所		
入所年月日（※）	昭・(平)　２０年１２月　１日		
申請区分	(1.) 市町村民税世帯非課税 ２．課税層特例（この場合、別途申告書の添付が必要です。）		

（あて先）札幌市　中央　区長

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。
また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査されることに同意します。

本人氏名　介護　太郎

代筆者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

代筆者住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿

（※）欄については、介護保険施設に入所（院）しない場合には記入不要です。

札幌市記入欄

申請種類	新規申請・変更申請・更新申請		
資格取得日	平成　年　月　日	判定基準日	平成　年　月　日
判定用件	基準日時点	決定時点	
生活保護受給有無	あり・なし	あり・なし	変更無
市町村民税課非：世帯	課税・非課税・未確定・未申告	課税・非課税・未確定・未申告	変更無
課税層特例該当有無	あり・なし	あり・なし	変更無
老齢福祉年金受給有無	あり・なし	あり・なし	変更無
境界層該当	あり・なし	あり・なし	変更無
利用者負担段階決定区分	第１段階・第２段階・第３段階・非該当		
有効期間	平成　年　月　日～平成　年　月　日		
認定証交付年月日	平成　年　月　日　未交付（理由：　　）		

＜備考＞