

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			申請年月日	平成 年 月 日		
被保険者氏名			被保険者番号			
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女			
被保険者住所	〒 - 電話番号 ()					
利用事業所の所在地及び名称	〒 - 電話番号 ()					
利用サービス種類	施設入所 ・ 短期入所					
入所年月日 (※)	昭 ・ 平 年 月 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。)					
<p>(あて先) 札幌市 区長</p> <p>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。</p> <p>本人氏名 _____</p> <p>代筆者氏名 _____</p> <p>代筆者住所 _____</p>						

(※) 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
判定要件	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
市町村民税課非：世帯課税層特例該当有無	課税・非課税・未確定・未申告		課税・非課税・未確定・未申告
老齢福祉年金受給有無	あり・なし		あり・なし
境界層該当	あり・なし		あり・なし
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>			