

様式第24号(第28条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			保険者番号		1	1	4	6	4	5
被保険者氏名			被保険者番号	\\	\\	\\	\\	\\	\\	\\
生年月日	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 ( ) 施設名称:									
入所(院)月日(※)	年	月	日	入所する居室の種類	1 ユニット型個室 2 ユニット型準個室 3 従来型個室 4 多床室					
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、1に該当する以外のもの 3 その他( )									
杉戸町長 あて 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、審査にあたり、市町村民税等賦課及び申告情報を提供することに同意します。  年 月 日 住 所 申請者 電話番号 ( ) 氏 名 印										

※ 介護保険施設に入所(院)しない場合は、記入は不要です。

杉戸町記入欄

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	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	