

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号		1	3	2	0	1	9
被保険者氏名 (申請者)		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
住 所	〒 電話番号								
介護保険施設の名称及び所在地()	〒 電話番号								
入所(院) 年月日()	年 月 日								
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 2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当しない 3 その他()								
八王子市長 殿 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。 なお、次のことに同意します。 1. この申請に係る所得等の調査 2. 私が負担すべき限度額について、利用しているサービス提供事業者に対して市が必要に応じて情報提供すること(同意しない場合は二重線で消してください) 平成 年 月 日 申請者氏名 印 (被保険者)									

介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。

八王子市記入欄

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	人世帯		
年 月 日 から	第 段階	1. 非課税	円
有効期限			
年 月 日 まで	老齢福祉年金受給 有・無 生活保護受給 有・無	2. 本人課税 3. 世帯課税	非該当 非該当

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ 被保険者氏名 (申請者)	ご本人の氏名		保険者番号		1	3	2	0	1	9
生年月日	明・大・昭 年 月 日生									
住所	〒 ご本人の住所・電話番号 電話番号									
介護保険施設の名称及び所在地()	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>入所していない方は記入不要です。</p> <p>電話番号</p> </div>									
入所(院)年月日()										
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 2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当しない 3 その他()									
八王子市長 殿 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。 なお、次のことに同意します。 1. この申請に係る所得等の調査 2. 私が負担すべき限度額について、利用しているサービス提供事業者に対して市が必要に応じて情報提供すること(同意しない場合は二重線で消してください) 平成 年 月 日 申請者氏名 ご本人の氏名 (被保険者) <div style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-left: 20px;">印</div>										

介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。

八王子市記入欄

交付年月日	備考		
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)		
適用	ここには記入しないでください		人世帯
から	第 段階	1. 非課税	円
有効期限	老齢福祉年金受給 有・無	2. 本人課税	非該当
年月日	生活保護受給 有・無	3. 世帯課税	非該当
まで			