

(表面)

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 土 浦 市 長

年 月 日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ		被保険者番号																		
被保険者氏名		個人番号																		
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女																	
住 所	郵便番号		電話番号																	
入所（院）した介護 保険施設の所在地及 び名称		サービスの種類 ※該当するサー ビスに○を付け てください。	1 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 5 短期入所生活介護（ショートステイ） 6 短期入所療養介護（ショートステイ） 7 介護医療院																	
入所（院）年月日																				

配偶者の有無	有 ・ 無		左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」の記載は、不要です。																		
配偶者に関する事項	フリガナ		生年月日	年 月 日																	
	氏 名		個人番号																		
	住 所	□被保険者と同一住所の場合は、こちらにチェックしてください。 電話番号																			
	本年1月1日現在の 住所（現住所と異なる 場合に限る。）																				
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		※どちらかに○を付けてください。																	

申請者が被保険者本人の場合は、以下の「申請者に関する事項」の記載は、不要です。

申請者に関する事項	申請者氏名	連絡先電話番号																
	申請者住所	□被保険者と同一住所の場合は、こちらにチェックしてください。															本人との関係	

裏面も必ず記入してください。

市 処 理 欄	交 付 年 月 日	生 活 保 護		今 回 の 判 定 結 果																	
	年 月 日	□ 有 □ 無		□ 該 当	第 1 2 3 ① 3 ② 段階																
	適 用 年 月 日	未納介護保険料			□ 非該 当	事 由	□(本人 家族 配偶者)課税 □預貯金等の合計が基準超過														
	年 月 日 から	□ 有 □ 無		□ 未申告（本人 配偶者 家族）			送付先 の希望	本人・申請者（本人を 除く。）・（ ）													
	有 効 期 限	給 付 制 限						年 月 日 まで	□ 有 □ 無												
	要介護度		認定期間	新規・更新中	～	非課税年金	あり・なし・照会														

