

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号	212019
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日		性別	
住所	〒 電話番号 ( )		
介護保険施設の所在地及び名称 (※)	〒 電話番号 ( )		
入所 (院) 年月日 (※)	年 月 日		
負担限度額申請事由	1 市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 ( )		
(あて先) 岐阜市長  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。  平成 年 月 日  申請者 住所  氏名 ⑩ 電話番号 ( )			

※ 介護保健施設に入所 (院) しない場合には、記入は不要です。

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	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	