

様式第33号(第23条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		0	9	4	1	1	0
	被保険者番号							
生年月日	明治・大正・昭和	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 (※1)	〒		電話番号					
入所する居室の種別 (※2)	1 ユニット型個室	4 従来型個室(老健・療養型)						
	2 ユニット型準個室	5 多床室						
	3 従来型個室(特養等)							
入所(院)年月日 (※1)	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( )							
那珂川町長 様 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。  年 月 日 住所 申請者 氏名 (印) 電話番号								

※1 介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入不要です。

※2 介護保険施設の入所(院)する居室が決定していない場合は、記入不要です。

市(町村)記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	