

## 介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ											保険者番号	3	9	3	6	3	7	
被保険者氏名											被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女												
住所	〒 電話番号 ( )																	
申請時施設区分 (□にレをつけてください。)	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 短期入所利用 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設																	
介護保険施設の所在地及び名称	電話番号 ( ) ※この欄は介護保険施設に入所(入院)しない場合には記入不要です。																	
入所年月日	年 月 日 ※この欄は介護保険施設に入所(入院)しない場合には記入不要です。																	
配偶者 ※右欄において「無」の場合は記入不要です	有	フリガナ											性別	生年月日				
	無	氏名											男・女	明治・大正・昭和 年 月 日				
		住所	電話番号															
		本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)																
		土佐町介護保険被保険者番号																
収入等・預貯金等に関する申告		裏面申告書のとおり																
土佐町長  上記のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額の認定を申請します。  平成 年 月 日  申請者 住所  氏名・印 <span style="float: right;">電話番号</span>																		

- 【注意】 1. この申告書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。  
 2. 年度途中において税更正等を行った場合は、遡って、負担限度額段階を変更する場合があります。  
 3. 裏面の収入申告書もご記入ください。

### 町 記入欄

確 認	備 考
<input type="checkbox"/> 税証明(他市町村に居住している配偶者) <input type="checkbox"/> 通帳等の写し <input type="checkbox"/> 同意書	<b>【利用者負担段階】</b> 食費： 第 段階 居住費： 第 段階

審 査	決 定	決 裁 欄	課長	課長補佐	係長	係	入 力	
本人世帯	非課税・課税		承認・却下					/
配偶者	非課税・課税							
資産	範囲内・超過							
適用期間								
平成 年 月 日								
～ 平成 年 月 日								