

介護保険負担限度額認定申請書

(特例減額措置による負担限度額認定)

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		2	3	2	0	5	8
		被保険者番号	0	0	0	0			
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女						
住所	〒 電話番号 () -								
使用予定施設の種別	① 介護老人福祉施設 ② 介護老人保健施設 ③ 介護療養型医療施設								
入所施設名									
入所する居室の種別	1 ユニット型個室		3 従来型個室		2 ユニット型準個室		4 多床室		
入所年月日	年 月 日								
申請事由	1. 介護保険施設に入所して、食費・居住費を負担した結果、在宅に残る世帯の生計が困難になるため 2. その他 ()								
<p>半田市長様 上記のとおり食費及び居住費に係る負担限度額認定を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者住所</p> <p style="text-align: right;">連絡先 () -</p> <p style="text-align: right;">氏名 (続柄)</p>									

● 認定審査として被保険者・世帯の所得確認を行いますので、ご理解をお願いします。

市記入欄

適用年月日	備 考		
年 月 日から	(所得分布の状況等を把握)		
有効期限			
年 月 日まで			
交付年月日			
年 月 日			
		担当者	受付者