

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			保険者番号					1	3	1	2	1	9
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0							
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女							
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		居室の種類	1. ユニット型個室 2. ユニット型準個室 3. 従来型個室 4. 多床室					
(提出先) 足立区長 上記のとおり、添付書類を添えて食費・居住費の負担限度額認定を申請します。 年 月 日 〒 住所 申請者 氏名 電話番号 () 被保険者との関係													

※太枠内をご記入下さい。

区記入欄

世帯構成	人	利用者負担段階	1・2・3・4
世帯年間収入	円 (A)		
特例減額措置を適用しない場合の利用者負担見込額 (年額)	1割負担	食費	居住費 居室種別 ()
	円	円	円
	計	円 (B)	
(A) - (B) =	円	< = >	800,000円

判定	該当	食費のみ ・ 居住費のみ ・ 食費及び居住費		
		居住費の居室種別	1. ユニット型個室	2. ユニット型準個室
			3. 従来型個室	4. 多床室
	非該当			
備考				