（特例減額措置用）

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　　電話番号　　（　　）

氏名　　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　　＜　＝　＞　　826，500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			