

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	
	円	円	居室種別( ) 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					