

介護保険負担限度額認定申請書

利用者負担第4段階に対する区市町村民税課税層における食費・居住費の特例減額措置
 東久留米市長 令和 年 月 日
 別紙の「住民税課税世帯における食費・居住費の特例減額措置に係る資産等申告書 兼 同意書」のとおり、
 関係書類を添えて、食費・居宅費（部屋代）に係る負担限度額認定を申請します。

被保険者の事項・同意欄	フリガナ		保険者番号	// // // // 1 3 2 2 2 5										
	被保険者氏名	(印)	被保険者番号	0 0 0 0										
			個人番号											
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女										
	住所	〒 連絡先（電話）												
	入所（院）した介護保険施設の所在地と名称	〒 連絡先（電話）												
	入所（院）年月日	年 月 日	ショートステイは対象外です。											
居室の種類	<input type="checkbox"/> ユニット型個室 <input type="checkbox"/> ユニット型準個室 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> 多床室													

配偶者の事項・同意欄	フリガナ		個人番号											
	配偶者氏名	(印)	住民税	非課税 ・ 課税										
			性別	男 ・ 女										
	住所	〒 連絡先（電話）												
	本年1月1日現在の住所	※現住所と異なる場合に記入してください。 〒												
	入所（院）した介護保険施設の所在地と名称	〒 連絡先（電話）												
	入所（院）年月日	年 月 日	ショートステイは対象外です。											
居室の種類	<input type="checkbox"/> ユニット型個室 <input type="checkbox"/> ユニット型準個室 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> 多床室													

世帯員の事項・同意欄	フリガナ		個人番号											
	氏名	(印)	住民税	非課税 ・ 課税										
			性別	男 ・ 女										
	住所	〒												
	本年1月1日現在の住所	※現住所と異なる場合に記入してください。												

世帯員の事項・同意欄	フリガナ		個人番号											
	氏名	(印)	住民税	非課税 ・ 課税										
			性別	男 ・ 女										
	住所	〒												
	本年1月1日現在の住所	※現住所と異なる場合に記入してください。												

届出者が被保険者本人の場合は、下記については記入不要です。

届出者氏名	連絡（自宅・勤務先）
届出者住所	本人との関係