

介護保険負担限度額認定申請書

被保険者氏名	フリガナ -----	保険者番号		1	3	2	0	7	6
		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	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								
負担限度額申請事由	1. 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額 80 万円以下のもの等 2. 市町村民税非課税者であって、1 に該当する以外のもの 3. その他( )								
(あて先) 昭島市長 上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。  平成 年 月 日  申請者 住所 氏名  電話番号									

介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。

昭島市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 から	