様式第28号(第21条・第22条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ 被保険者氏名	ユザ　タロウ 遊佐　太郎	保険者番号				0	6	4	6	1	8
		被保険者番号	0	0	0	1	7	8	9	9	9	9
生年月日	明・大・昭11年10月1日生	性別	男・女								
住所	〒999-8301 遊佐町遊佐字舞鶴211 電話番号　72-5884										
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒999-× 遊佐町遊 特別養護 記入例 電話番号　72-3317										
入所(院)年月日	平成25年10月1日	※　介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。									
負担限度額認定申請事由	1　市町村民税世帯非課税者であつて、合計所得金額と課税年金収入の合計額が年額80万円以下のもの等 2　市町村民税世帯非課税者であつて、1に該当する以外のもの 3　その他(　　)										

遊佐町長　様

上記のとおり食費及び居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

平成25年10月1日

申請者
住所　遊佐町遊佐字舞鶴211
氏名　遊佐　花子　印　　電話番号　72-5884

遊佐町記入欄

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　日まで	