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

<table>
<tr><td rowspan="2">フリガナ
被保険者氏名</td><td rowspan="2"></td><td>保険者番号</td><td></td><td>0</td><td>6</td><td>4</td><td>6</td><td>1</td><td>8</td></tr>
<tr><td>被保険者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>明・大・昭　年　月　日生</td><td>性別</td><td colspan="8">男　・　女</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="10">〒
電話番号</td></tr>
<tr><td>介護保険施設の所在地及び名称(※)</td><td colspan="10">〒
電話番号</td></tr>
<tr><td>入所(院)年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td><td colspan="8">※　介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。</td></tr>
<tr><td>負担限度額認定申請事由</td><td colspan="10">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(　　)</td></tr>
</table>

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。

年　月　日

申請者　住所

氏名　　印　　電話番号

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	