

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ 被保険者氏名 (申請者)	-----		保険者番号	092015
	-----		被保険者番号
生年月日	明・大・昭 年 月 日生			
住所	〒 電話番号： 宇都宮市			
介護保険施設 に入所してい る場合	介護保険施設 の所在地 及び名称	〒 電話番号：		
	入所年月日	年 月 日		
申請理由 (○を付ける)	1. 市町村民税世帯非課税者で、合計所得金額と課税年金収入額が年額 80 万円 以下のため。 2. 市町村民税世帯非課税者で、1 に該当しないため。 3. その他 ()			
(あて先) 宇都宮市長 平成 年 月 日 上記のとおり食事・居住費に係る負担限度額認定を申請します。 ◎減額内容の決定通知を下記に送付して下さい。 (被保険者以外の住所へ送付する場合は記入して下さい。被保険者住所へ送付する場合は不要です。) 被保険者氏名： _____ 印 ← 署名押印して下さい！				
送付先	〒 電話番号： 住所： 氏名：			

宇都宮市 記入欄

交付年月日	備 考		
年 月 日	・課税	・第1段階	・入力 ・決定 ・送付
適用年月日	・非課税	・第2段階	
年 月 日から	・生保	・第3段階	
有効期限	・老福	・非該当	
年 月 日まで			

受付