

# 介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号	282178
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭      年      月      日	性別	男 ・ 女
住所等	〒  電話		
介護保険施設の名称	(施設入所・ショートステイ)		
居室種別 (※)	<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		
入所(院)年月日 (※)	平成      年      月      日		
<p style="text-align: center;">川西市長 あて</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり介護保険施設の入所等に係る居住費および食費の負担限度額認定の申請をします。 また、この申請に係る認定結果について、居宅介護支援事業者・居宅サービス事業者・介護保険施設および市健康福祉部の関係機関に対し、長寿・介護保険課より情報提供されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">平成      年      月      日      住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 (被保険者本人)      氏名      ⑩</p>			

提出者	氏名(名称)		本人との関係	
	住所等	〒  電話		

※ 居室種別・入所(院)年月日については、介護保険施設へ入所されている場合のみご記入下さい。

長寿・介護保険課記入欄

交付年月日	年 月 日	適用年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日
世帯課税状況	利用者負担段階		備考		
<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第4段階(非該当)				
<input type="checkbox"/> 非課税					