

様式第 23 号（第 25 条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			保 険 者 番 号										
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	郵便番号												
	電話番号												
介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	郵便番号												
	電話番号												
入 所 す る 居 室 の 種 別	1 ユニット型個室			3 従 来 型 個 室									
	2 ユニット型準個室			4 多 床 室									
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 万円以下の者等 2 市町村民税世帯非課税者であって、1 に該当する以外の者 3 その他（ ）												
酒 田 市 長 あて 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。 なお、負担限度額認定の決定に際し、私及び私の世帯の収入、課税状況等を調査することに同意します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 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。

酒田市記入欄

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 まで	