

## 第9号様式(第15条)

## 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	Tel						
介護保険施設の所在地及び名称	Tel						
入所(院)年月日( )	年月日	( ) 介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。					
負担限度額申請事由	1 市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80万円以下の方等 2 市民税世帯非課税者であって、1に該当する以外の方 3 その他( )						
(申請先) 横浜市 区長 上記のとおり食費及び居住費等に係る負担限度額の認定を申請します。また私の世帯の課税内容について調査することに同意します。 年月日 申請者 住所 氏名 (印) Tel							

交付年月日	備考						
年月日							
適用年月日							
年月日							
有効期限	処理欄	課長	係長	係員	決裁	受付	入力処理
年月日					年月日起案		
					年月日決裁		