

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 ㊞ 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		