

令和7年度分

介護保険負担限度額認定申請書

(あて先) 新宮市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

令和 年 月 日

(個人番号が不明の場合など、個人番号欄が空白でも受け付けます。)

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号												
	フリガナ											生年月日	明・大・昭											
	氏 名												年 月 日											
	住 所	〒 - (電話) -																						
	入所(院)介護保 険施設の所在地 及び名称	(ショートステイの場合、この欄の記載は不要です) 〒 - (電話) -																						
		施設名																						
入所(院)日		年 月 日																						

配偶者の有無		有 ・ 無		「無」の場合は、「配偶者に関する事項」は記載不要です※																					
配 偶 者 に 関 する 事 項	フリガナ											個人番号													
	氏 名											生年月日	明・大・昭 年 月 日												
	住 所	(被保険者と異なる場合のみ記入してください) 〒 - (電話) -																							
	本年1月1日現 在の住所	(被保険者と異なる場合のみ記入してください) 〒 - (電話) -																							
	課税状況	☐ 課税 ・ ☐ 非課税																							

※この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は婚姻届を提出していない事実婚も含みます。

申 請 者 ※	氏 名											被保険者との関係												
	住 所	〒 - (電話) -																						

※申請者が被保険者本人の場合には、記載不要です。

裏面の記入もお願いします

