

記載要領

介護保険負担限度額認定申請書

- ・ 被保険者の方（施設を利用される方）の「氏名」、「被保険者番号」、「生年月日」、「性別」、「住所」、「電話番号」等を記入してください。
- ・ 「介護保険施設の所在地及び名称（ ）」欄に、現在入所されている、又はこれから入所される介護保険施設の所在地及び名称を記入してください。
ショートステイのみを利用される場合は、記入不要です。
- ・ 「入所年月日」欄に、入所（予定）年月日を記入してください。
- ・ 「負担限度額申請事由」欄には、該当する番号に をつけてください。
- ・ 申請者の方の「住所」、「氏名」、「電話番号」を記入してください。
申請者名は、施設を利用されるご本人様のお名前にしてください。

「町記入欄」は記入不要です。

同意書

- ・ 申請者の方の「住所」、「氏名」を記入し、押印（認印で結構です）して、申請書に添えて提出してください。
申請者名は、施設を利用されるご本人様のお名前にしてください。