

介護保険負担限度額認定申請書（市民税課税世帯の特例減額措置）

マイナンバーをご記入ください。

フリガナ	ソデガウラ タロウ	被保険者番号	2	2	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
被保険者氏名	袖ヶ浦 太郎	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2						
		性別	男・女																	
生年月日	昭和●●年 ●●月 ●●日																			
住所	〒●●●●-●●●●											袖ヶ浦市坂戸市場●●番地			電話番号0438 (●●) ●●●●					
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称	〒●●●●-●●●●											袖ヶ浦市坂戸市場●●番地●			特別養護老人ホーム ●●●●			電話番号0438 (●●) ●●●●		
入所（院）年月日	●●年 ●●月 ●●日																			
居室のタイプ	ユニット型個室							ユニット型準個室												
	従来型個室							多床室												

袖ヶ浦市長 様
 上記のとおり介護保険負担限度額認定（市民税課税世帯の特例減額措置）の申請をします。
 なお、この度の申請に伴い必要な場合は、本人及びその属する世帯等の課税状況等を調査されることに同意します。

●●年 ●●月 ●●日
 住所 袖ヶ浦市坂戸市場●●番地
 申請者
 氏名 袖ヶ浦 太郎 ④ 電話番号 0438 (●●) ●●●●

申請者氏名ではなく、被保険者氏名をご記入ください。

申請者氏名	袖ヶ浦 花子	電話番号	0438 (●●) ●●●●											
申請者住所	袖ヶ浦市坂戸市場●●番地											本人との関係 妻		

ご捺印をお願いします。
 （認印で構いません）

市記入欄

交付年月日	備考													
年 月 日														
適用年月日	記入不要です。													
年 月														
有効期														
年 月 日まで														