

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	大・昭年 月 日	電話番号	
住所			
介護保険施設の所在地及び名称	※ 介護保険施設に入所（院）していない場合やショートステイを利用している場合は記入不要です。 所在地： 施設名： 入所（院）年月日 平成・令和 年 月 日 電話番号		

配偶者の有無		☐ 有 ☐ 無	無の場合、下の「配偶者に関する事項」は記入不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ		生年月日	明・大・昭
	氏名			年 月 日
	住所	☐ 被保険者と同じ ☐ 被保険者と異なる	住所：	電話番号
	本年1月1日現在の住所	☐ 上の住所と同じ ☐ 上の住所と異なる	住所：	
	課税状況	市民税 ☐ 課税 ☐ 非課税		

（注）配偶者には、事実婚である者を含みます。

（宛先）静岡市長

上記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の申請をします。

令和 年 月 日

住所

申請者

氏名 電話番号

（被保険者との関係： ）

問合せ先：（氏名） （被保険者との関係） （電話番号）

