

# 介護保険負担限度額認定申請書添付書類台紙(1)

(フリガナ) 被保険者 氏名	( )	被保険者 番号																	
----------------------	-----	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

本人と配偶者の通帳の写(①表紙をめくって1ページ目と②2ヶ月以内の残高のわかるページ)を貼りつけてください。

のりしろ
(1)-①通帳の写(表紙をめくって1ページ目)

のりしろ
(1)-②通帳の写(2ヶ月以内の残高のわかるページ)

のりしろ
(2)-①通帳の写(表紙をめくって1ページ目)

のりしろ
(2)-②通帳の写(2ヶ月以内の残高のわかるページ)

のりしろ
(3)-①通帳の写(表紙をめくって1ページ目)

のりしろ
(3)-②通帳の写(2ヶ月以内の残高のわかるページ)

のりしろ
(4)-①通帳の写(表紙をめくって1ページ目)

のりしろ
(4)-②通帳の写(2ヶ月以内の残高のわかるページ)

※裏面へ続く

のりしろ
(5)-①通帳の写(表紙をめくって1ページ目)

のりしろ
(5)-②通帳の写(2ヶ月以内の残高のわかるページ)

のりしろ
(6)-①通帳の写(表紙をめくって1ページ目)

のりしろ
(6)-②通帳の写(2ヶ月以内の残高のわかるページ)

のりしろ
(7)-①通帳の写(表紙をめくって1ページ目)

のりしろ
(7)-②通帳の写(2ヶ月以内の残高のわかるページ)

のりしろ
(8)-①通帳の写(表紙をめくって1ページ目)

のりしろ
(8)-②通帳の写(2ヶ月以内の残高のわかるページ)

※添付台紙(1)が1枚では不足する場合は、添付台紙(1)をコピーして増やしてください。