

介護保険 特定負担限度額認定申請書  
(特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定申請)

フリガナ		保険者番号															
被保険者氏名		被保険者番号															
		個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>														
生年月日		性別															
住所	〒 ( ) 電話番号																
特別養護老人ホームの所在地及び名称	〒 ( ) 電話番号																
入所する居室の種別	1 ユニット型個室 2 ユニット型準個室	3 従来型個室 4 多床室															
入所年月日																	
特定負担限度申請事由	1 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額80万円以下のもの等 2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当する以外のもの 3 その他 ( )																
栄町長 様 上記のとおり食費・居住費に係る特定負担限度額認定の申請をします。  <div style="text-align: center;">年 月 日</div> 住所 申請者 氏名 <div style="text-align: right;">電話番号</div>																	

栄町記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	