

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																
被保険者名 氏名				被保険者番号																
				個人番号																
生年月日	年 月 日生			性別	男・女															
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(院) 年月日	年 月 日																			
入所する居室の種別	1 ユニット型個室			3 従来型個室																
	2 ユニット型個室的多床室			4 多床室																
負担限度額 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()																			
<p>枝 幸 町 長 様</p> <p>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。</p> <p>また、本申請の認定に必要なときは、私及び世帯員の課税状況等について公簿等を閲覧し、調査することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住 所 氏 名 印 電話番号</p>																				

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	