

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。 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 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	