

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	273813
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	年 月 日		
住所	〒 電話番号 ()		
特別養護老人ホームの所在地及び名称	〒 施設名称 電話番号 ()		
入所する居室の種別	1 ユニット型個室		3 従来型個室
	2 ユニット型準個室		4 多床室
入所年月日	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80万円以下の者等 2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当する以外の者 3 その他 ()		
太子町長様 上記のとおり食費及び居住費に係る特定負担限度額認定を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏 名 電話番号 ()			

事務局記入欄

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適 用 年 月 日	
年 月 日 から	
有 効 期 限	
年 月 日 まで	