

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)

	個人番号	
フリガナ 被保険者氏名	保険者番号	
	被保険者番号	
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 ()	
<p>鹿部町長 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を申請します。</p> <p style="text-align: center;">住所 〒</p> <p>申請者</p> <p style="text-align: center;">氏名 電話番号</p>		

市(町村)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	