

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			被保険者番号								
被保険者氏名			個人番号								
生年月日	明・大・昭	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	年 月 日										
特定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間 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 ()										
久慈広域連合長 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。 年 月 日 住所 申請者 氏名 (印) 電話番号											

広域連合記入欄 (市町村記入欄)

交付年月日	年 月 日	備 考
		(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	