

**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										
入所する居室の種類	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 電話番号											

職員確認欄	被保険者の本人確認	申請者の本人確認
	<b>1点で確認可能なもの(顔写真付き)</b> <input type="checkbox"/> 運転免許証、パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他官公署から発行、発給されたもの ( )  <b>2点確認が必要なもの(顔写真なし)</b> <input type="checkbox"/> 被保険者証、負担割合証、健康保険証 <input type="checkbox"/> その他官公署等から発行、発給されたもの ( )	<b>1点で確認可能なもの(顔写真付き)</b> <input type="checkbox"/> 運転免許証、パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他官公署から発行、発給されたもの ( )  <b>2点確認が必要なもの(顔写真なし)</b> <input type="checkbox"/> 被保険者証、負担割合証、健康保険証 <input type="checkbox"/> その他官公署等から発行、発給されたもの ( )
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		