

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入所者に関する認定申請)

フリガナ			保険者番号							
被保険者氏名			被保険者番号							
個人番号			性別	男 ・ 女						
生年月日	明・大・昭	年 月 日生								
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	—	—					
入所する個室の種別	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()									
杵藤地区広域市町村圏組合管理者 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の申請をします。 平成 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 印										

保険者記入欄

交付年月日	備 考	
年 月 日	(所得分布の状況等を把握) 住民税(世帯) 課税・非課税 生活保護 有・無 (収入金額 円) 老齢福祉年金 有・無	
適用年月日	決定事項 承認する・承認しない 利用者負担第 段階	
年 月 日	食費限度額(日額)	居住費限度額(日額)
から		ユニット型個室 円
有効期限		ユニット型準個室 円
年 月 日	円	従来型個室 円
まで		多床室 円