

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 被保険者氏名			保険者番号									
			被保険者番号									
			個人番号									
生年月日	明・大・昭	年	月	日	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 ()											
入所年月日	年 月 日											
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									
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()											
<p>一関地区広域行政組合管理者 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の申請をします。 なお、この申請に関して、保険者が、私及び私の属する世帯の世帯員の課税状況等について公簿等により調査することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号 ()</p> <p>氏名</p>												

広域行政組合記入欄

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	年度市町民税 世帯課税状況＝世帯員課税・非課税
年 月 日 から	老 齡 福 祉 年 金 受 給 の 有 無 ＝ 有 ・ 無
有効期限	生 活 保 護 受 給 の 有 無 ＝ 有 ・ 無