

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		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
		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 3 従来型個室 2 ユニット型個室的多床室 4 多床室		
入所年月日	昭和・平成 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 (・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者 ・生活保護受給者) (・その他 ())		
<p>新川地域介護保険組合・ケーブルテレビ事業組合 理事長 様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 電話番号 () -</p> <p>申請者 氏名</p>			

保険者記入欄

交付年月日	区分	利用者負担段階	食費の特定負担限度額
年 月 日	実質的負担軽減者	第1段階	一日につき 円
適用年月日		第2段階	居住費の特定負担限度額
年 月 日から	実質的負担軽減者以外	第3段階	
有効期限		第4段階	
年 月 日まで			