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	１０３８４６
被保険者氏名		被保険者番号	００００００
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		
入所（院）年 月 日	年　　月　　日		
特定負担限度申 請 事 由	１．市町村民税世帯非課税であって、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（　　）		

甘　楽　町　長　　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を申請します。

平成　　年　　月　　日

住所

申請者　　電話番号

氏名

町記入欄

交付年月日	備　　考
年　月　日	（所得の分布状況等を記入）
適用年月日	
年　月　日から	
有効期限	
年　月　日まで	