介護保険特定負担限度額認定申請書

様式番号

（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）

**固定文言３**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 |  | 保険者番号 | | | |  | | | | | |  |  |  |  |  |  | |
|  |
| 被保険者番号 | | | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |
| 生年月日 |  | 個人番号 |  |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 |  | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | |
| 特定負担限度  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８０．９万円以下のもの等  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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **固定文言１**  備考 | **固定文言２＋編集１** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○○市（町村）長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前のとおり食費・居住費に係る特定負担限度額認定を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 〒  住所 | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |
| 申請者 |  | | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | |
|  | 氏名 | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |

**自由記載１**

市町村記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 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　月　日  から |
| 有効期限 |
| 年　月　日  まで |